

Colección Estudios (Últimos títulos publicados)

Lo que sabía no valía. Escuela, Diversidad e Inmigración.
Adela Franzé Mudanó

La Comarca de la Sagra madrileña
Pedro Montalvo Barragán

El Informe de auditoría financiera de las cuentas anuales como conclusión y objetivo del trabajo del auditor: un estudio empírico para la Comunidad Autónoma de Madrid.
Teresa Carmen Herrador Alcaide

La respuesta a las necesidades educativas de los hijos inmigrantes en la Comunidad de Madrid.
José Antonio García Fernández e Isidro Moreno Herrero

Recursos básicos de atención a las personas sin hogar (PSH) en Madrid: La perspectiva de los usuarios.
José Juan Vázquez Cabrera

Las astucias del pensamiento. Creatividad ideológica y adaptación social entre los inmigrantes marroquíes en la Comunidad de Madrid.

Juan Ignacio Castien Maestro

Las adopciones internacionales truncadas y en riesgo en la Comunidad de Madrid.
Ana Berástegui Pedro-Viejo

Patrones de ocio en los adolescentes de la Comunidad de Madrid. Conductas de riesgo: de Tomb Raider al botellón.

Rosario Martínez Arias, Ana Fernández-Alba Luengo y Alfonso Salgado Ruiz

Cambio demográfico y transformaciones económicas y sociales en el centro urbano de Madrid.
Vicente Rodríguez Rodríguez (Dir.)

Las relaciones intergubernamentales de la Comunidad de Madrid. La visión de políticos y ciudadanos.
Eduardo López-Aranguren, Salvador Parrado Díez, Irene Delgado Sotillos y César Colino Cámara

La adaptación familiar en adopción internacional: una muestra de adoptados mayores de tres años en la Comunidad de Madrid.
Ana Berástegui Pedro-Viejo

La adaptación familiar en adopción internacional:

Una muestra de adoptados mayores de tres años en la Comunidad de Madrid



CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL

Comunidad de Madrid



ANA BERÁSTEGUI PEDRO-VIEJO

La adaptación familiar en adopción internacional:

Una muestra de adoptados mayores
de tres años en la Comunidad de Madrid

Consejo Económico y Social

Comunidad de Madrid

La adopción internacional se ha constituido en los últimos años como un importante recurso de protección de menores más allá de nuestras fronteras y, al tiempo, en una vía cada vez más generalizada de formar una familia, esperanzadora, pero no exenta de retos y dificultades. La realidad nos muestra como, en algunas ocasiones, a pesar de existir los lazos legales, la familia no llega a vincularse y la adopción fracasa en sus objetivos.

Este estudio pretende iluminar cuales son las dinámicas que, por parte de las familias, pueden favorecer la adaptación de los menores a su nueva situación, especialmente de los niños que son adoptados con mayor edad.

Ana Berástegui Pedro-Viejo es Doctora por la Universidad Pontificia Comillas de Madrid y Licenciada en Psicología. En la actualidad desarrolla su trabajo en el Instituto Universitario de la Familia y la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la misma universidad como investigadora. El foco principal de su investigación ha sido la infancia en riesgo, centrándose en la adopción internacional y en las cuestiones relacionadas con la adaptación psicosocial, familiar, racial y cultural de los menores y sus familias.

LA ADAPTACIÓN FAMILIAR EN ADOPCIÓN INTERNACIONAL:

**Una muestra de adoptados mayores
de tres años en la Comunidad de Madrid**

ANA BERÁSTEGUI PEDRO-VIEJO

Colección Estudios
Núm. 27

La responsabilidad de las opiniones expresadas en las publicaciones editadas por el CES incumbe exclusivamente a sus autores y su publicación no significa que el Consejo se identifique con las mismas.

**Premio 7ª Edición Premios del Consejo Económico y Social
de la Comunidad de Madrid 2004**

Primera edición, diciembre de 2005
Tirada: 1.500 ejemplares
P.V.P.: 9,02 €

Edita: Consejo Económico y Social. Comunidad de Madrid
Cardenal Marcelo Spínola, 14. 28016 Madrid. España

E-mail: cesmadrid@madrid.org
Información Internet: <http://www.cesmadrid.es>

I.S.B.N.: 84-451-2818-3
Depósito Legal: M-11.781-2006
Imprime: **ARTEGRAF, S.A.**
Tel.: 91 475 42 12

La reproducción del contenido de este Estudio está permitida citando su procedencia

*A mi abuela Ana,
que siempre ha vivido agradecida a sus dos madres,
Joaquina y Tita.*

AGRADECIMIENTOS

La investigación que se presenta a continuación es fruto de la implicación, las intuiciones, el apoyo y el ejemplo de muchas personas que me han acompañado durante el apasionante trabajo de investigación doctoral. A todas ellas mi agradecimiento más cariñoso.

A las 167 familias que, generosamente, me abrieron su intimidad y compartieron conmigo su experiencia, tomándose el trabajo de contestar las casi cuatrocientas preguntas que contenía el cuestionario. Espero no defraudar la confianza que han puesto en mí y que esta investigación sirva para movilizar los recursos que algunas necesitan para llevar a buen puerto su proyecto familiar.

Al Instituto Madrileño del Menor y la Familia, en especial al director del Área de Adopciones, Don Antonio Ferrándis Torres, por las expectativas que ha depositado en mí durante estos años. Ahora le devuelvo, en formato empírico, algo de lo que él me ha transmitido en saber y compromiso durante estos cinco años de investigación pero aún no queda saldada mi deuda. Espero poder hacerlo algún día.

Al Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid, que ha apoyado tan de cerca estos años de investigación. La sensibilidad de sus profesionales hacia el mundo de la adopción ha hecho posible que mi pequeña aportación llegue a la sociedad.

A Juan Pedro Núñez, mi director de Tesis, que ha sabido acompañarme, corregirme y animarme en el día a día de la investigación. Su apasionado sentido de la justicia, especialmente con los más débiles, y su vocación a la paternidad han inspirado muchas de mis afirmaciones y convicciones. Gracias también a Ali, Jorge, Diego, Jaime y Álvaro por haberme prestado a Juan Pedro durante tanto tiempo y tantos tiempos.

A todos mis compañeros del Instituto Universitario de la Familia de la Universidad Pontificia Comillas. A Salomé por su apuesta a ciegas, por regalarme el tema de investigación y el marco en el que realizarla y por soñar y luchar porque los sueños se hagan realidad. A Blanca, por sostenerme literal y literariamente cuando ya no me tenía en pie. A Juan Ignacio, por su experiencia, sus sugerencias y porque es siempre mi “teléfono directo” con la realidad que aspiro a comprender y mejorar. A M^a Carmen, Sagrario, Gabriel, Virginia, Daniel y Violeta, por todo el trabajo, los dolores y las esperanzas compartidas y a Maribel por haber confiado en mí.

A la Universidad Pontificia Comillas, que ha sido siempre para mí algo más que un centro de estudio y algo más que un lugar de trabajo. A mis profesores y maestros de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales que me enseñaron a mirar siempre más allá, más adentro y más en conjunto y muy especialmente a Javier Hugo Martín Holgado. Ojalá pueda algún día compartir y continuar su labor.

Y cómo no, a mi familia y mis amigos. A Jorge por la generosidad con la que ha sostenido y apoyado mi trabajo, aparcando muchas veces el suyo, y por la dedicación con la que ha cuidado a Ana, mientras yo intentaba cuidar a los niños que no tienen tanta suerte como ella. A mis padres, que me transmitieron el amor por el trabajo y el amor por el saber. Y a mi hija, que se ha gestado y ha ido creciendo casi al mismo tiempo que este trabajo... dice Natalia Ginzburg que no hay mejor regalo que un padre puede hacer a un hijo que tener una vocación: aquí está la mía, para tí, mi niña.

ÍNDICE

Prólogo	13
Introducción.....	19
CAPÍTULO 1. EVOLUCIÓN Y DESARROLLO DE LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL EN ESPAÑA.....	23
1.1. Evolución histórica de la adopción: de los derechos de los padres a los derechos de los hijos.....	23
1.1.1. Los orígenes de la adopción.....	24
1.1.2. El surgimiento de la adopción moderna.....	26
1.1.3. De los derechos de los padres a los derechos de los hijos.....	29
1.2. Irrupción de la adopción internacional en España.....	31
1.3. Aproximación a las causas del aumento de adopciones internacionales en España.....	32
1.3.1. Disminución de niños adoptables en España	33
1.3.2. Aumento de solicitantes de adopción	34
1.3.3. Desprotección de la infancia en algunos países	36
1.3.4. Establecimiento de cauces jurídicos y administrativos	40
1.3.5. Cambio en la imagen social de la adopción	42
1.4. Especificidad de la adopción internacional.....	44
1.4.1. Proceso	45
1.4.2. Carácter intercultural e interracial de la adopción.....	53
1.4.3. Estado de los menores en sus países de origen.....	54
CAPÍTULO 2. LA ADAPTACIÓN DE LOS MENORES EN ADOPCIÓN INTERNACIONAL.....	57

2.1. Vulnerabilidad psicológica de los adoptados.....	59
2.1.1. Estudios epidemiológicos.....	60
2.1.2. Estudios clínicos.....	64
2.1.3. Estudios en población general.....	66
2.2. Problemas de integración familiar.....	74
2.2.1. Ruptura de la relación familiar.....	74
2.2.2. Insatisfacción familiar.....	78
2.3. Otras áreas de vulnerabilidad.....	79
2.3.1. Problemas de salud.....	79
2.3.2. Problemas cognitivos e integración escolar.....	82
2.3.3. Problemas de identidad.....	87
2.3.4. Problemas de integración social.....	89
2.4. La adopción como reductora del riesgo.....	91
CAPÍTULO 3. FUENTES DE VARIABILIDAD Y TEORÍAS	
EXPLICATIVAS DE LA ADAPTACIÓN ADOPTIVA.....	95
3.1. Variables y teorías centradas en el menor adoptado.....	96
3.1.1. Características sociodemográficas.....	97
3.1.2. Factores hereditarios: la perspectiva biogenetista.....	105
3.1.3. Deficiente cuidado prenatal y perinatal.....	110
3.1.4. Historia previa de abuso, maltrato o negligencia.....	112
3.1.5. Dificultades en el proceso de vinculación: (Teoría del apego)	116
3.1.6. Dificultades en la creación de un sentimiento de identidad:	
(la perspectiva psicodinámica).....	120
3.1.7. Necesidades especiales en el menor.....	121
3.2. Variables y teorías centradas en la familia adoptante.....	124
3.2.1. Características sociodemográficas.....	126
3.2.2. Composición familiar.....	129
3.2.3. Motivaciones y expectativas.....	132
3.2.4. Dinámica de relaciones padres hijos (las perspectivas	
relacionales o interaccionales).....	134
3.3. Variables y teorías centradas en el proceso de adopción.....	144
3.3.1. Variables del periodo preadoptivo.....	144
3.3.2. Variables del periodo adoptivo.....	145
3.3.3. Variables del periodo postadoptivo.....	146
CAPÍTULO 4. NUESTRO MODELO DE ADAPTACIÓN INICIAL DE LA	
FAMILIA A LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL.....	149
4.1. Antecedentes y fundamentación de nuestro modelo.....	149
4.1.1. Modelo doble ABCX de adaptación familiar.....	152
4.1.2. Modelo de estrés parental.....	155

4.2. Supuestos asumidos en nuestro modelo de adaptación inicial a la adopción internacional y características del mismo	158
4.3. Descripción del modelo de adaptación familiar a la adopción internacional.....	160
4.3.1. Factor aA: El estrés familiar	161
4.3.2. Factor cC: Expectativas de adaptación	173
4.3.3. Factor bB: Los recursos de afrontamiento	174
4.3.4. Factor xX: La adaptación.....	178
4.4. Implicaciones del modelo.....	180
CAPÍTULO 5. VALIDACIÓN DEL MODELO DE ADAPTACIÓN INICIAL DE LA FAMILIA A LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL: METODOLOGÍA	181
5.1. Objetivos del estudio.....	181
5.2. Hipótesis	181
5.3. Sujetos	183
5.4. Diseño de la investigación	184
5.5. Procedimiento	185
5.6. Variables e instrumentos	186
5.6.1. IEA: Índice de estrés adoptivo.....	186
5.6.2. PSA: Percepción de la situación adoptiva	190
5.6.3. F-COPES: Escala de evaluación personal del funcionamiento familiar en situaciones de crisis.....	191
5.6.4. PS: Escala de parentalidad.....	193
5.6.5. CBCL: Listado de conducta infantil.....	195
CAPÍTULO 6. RESULTADOS	199
6.1. Análisis de la representatividad de la muestra.....	199
6.1.1. Tipo de familia	199
6.1.2. Edad de la adopción	200
6.1.3. País de origen.....	200
6.1.4. Entidad que tramitó la adopción.....	201
6.2. Características socio-demográficas de la muestra	201
6.2.1. Datos de aplicación del cuestionario	201
6.2.2. Datos del menor.....	201
6.2.3. Estatus social, laboral y educativo de la familia.....	205
6.2.4. Estructura y configuración familiar.....	207
6.2.5. Motivación para la adopción.....	211
6.2.6. Datos del proceso de adopción.....	215
6.3. Análisis de los instrumentos	217
6.3.1. Índice de estrés adoptivo (IEA)	218

6.3.2. Percepción de la situación adoptiva (PSA).....	230
6.3.3. Otras escalas.....	233
6.4. Análisis descriptivo de las principales variables.....	235
6.4.1. La conducta del menor al llegar.....	236
6.4.2. El estrés familiar	240
6.4.3. Las expectativas de adaptación.....	243
6.4.4. Las estrategias familiares de afrontamiento	245
6.4.5. Los errores educativos	248
6.4.6. La conducta actual del menor.....	250
6.4.7. El cambio en la conducta.....	254
6.4.8. La adaptación familiar	257
6.5. Análisis de la normalidad de las variables	258
6.6. Validación del modelo de estrés y adaptación adoptiva.....	260
6.6.1. Análisis factorial exploratorio.....	260
6.6.2. Operativización del modelo.....	260
6.6.3. Contraste del modelo.....	267
6.6.4. Análisis exploratorio del modelo.....	270
6.6.5. Otras relaciones entre variables	272
6.7. Relaciones de las variables con los datos sociodemográficos.....	283
6.7.1. La conducta del menor al llegar.....	284
6.7.2. El estrés familiar	288
6.7.3. Las expectativas de adaptación.....	307
6.7.4. Las estrategias familiares de afrontamiento	308
6.7.5. Los errores educativos	311
6.7.6. La conducta actual del menor.....	312
6.7.7. La adaptación familiar	318
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES	319
7.1. Descripción de la conducta de los menores al llegar y del cambio en la misma.....	319
7.2. El modelo de adaptación familiar a la adopción internacional	326
7.2.1. Variables mediadoras	327
7.2.2. El modelo.....	336
7.3. Variables sociodemográficas implicadas.....	344
7.3.1. Variables del menor.....	344
7.3.2. Variables de la familia	346
7.3.3. Variables del proceso.....	351
7.4. Consideraciones metodológicas.....	352
7.5. Sugerencias para próximas investigaciones.....	355
7.6. Consideraciones finales.....	356

REFERENCIAS	359
ANEXOS	385
Anexo I: Cuestionario de adaptación familiar a la adopción internacional ..	387
AnexoII: Toma de decisiones estadísticas	403
Anexo III: Tablas adicionales	405
Tablas descriptivas.....	405
Análisis Factorial de las escalas.....	413
Otras tablas estadísticas.....	415
Anexo IV: Análisis de modelos (salidas EQS y AMOS)	439
Salida EQS.....	439
Salida Amos	448
Anexo V: Índices adicionales.....	453
ÍNDICE DE TABLAS	453
ÍNDICE DE GRÁFICOS	462
ÍNDICE DE FIGURAS	462

PRÓLOGO

Aunque la tesis de Ana Berástegui lleve por riguroso y académico título el de “*La adaptación familiar en Adopción Internacional: Una muestra de adoptados mayores de tres años en la Comunidad de Madrid*” podría haberse encabezado con esa pregunta fundamental que nos hacemos todos los implicados en la adopción internacional: “¿cómo están los niños?”. Es la pregunta que una y otra vez, desde casi todos los países de origen donde adoptan las familias españolas, se nos hace por escrito o en persona: “¿cómo están los niños?”. Es la preocupación de quienes cuidaron de ellos antes de ser adoptados, de quienes estudiaron los expedientes de las familias o de quienes tomaron la decisión de que fuera precisamente una familia en concreto la que se hiciera cargo de un niño concreto y le ofrecieran la plena integración familiar a través de la filiación adoptiva.

“*Cómo están los niños*” es el interrogante al que deben responder los *Informes de Seguimiento Postadoptivo*, tarea a veces engorrosa para los países de acogida y asumida por la familia adoptiva no siempre con entusiasmo. Los países de origen exigen el cumplimiento escrupuloso de estos compromisos de seguimiento. Reclaman ser informados del desarrollo, la adaptación y la integración familiar y social de los niños, y en caso necesario tranquilizar a la opinión pública cada vez que se agita el recurrente fantasma de oscuras redes de tráfico e incierto destino de los niños. En una reciente reunión internacional se insinuaba que la preocupación de algunos países por el seguimiento post-adoptivo podría ser una manifestación de cierto complejo de culpa por no haber podido proteger a los niños en el propio país. Es posible que haya algo de cierto en tal interpretación. Pero también padecemos en los países de acogida cierto complejo eurocéntrico de superioridad ante los países de los que proceden los niños que adoptamos, que nos lleva a minusvalorar su preocupación por el bienestar de la infancia, como si no haber podido encontrar familias locales para una adopción nacional fuera sinónimo de desen-

tendimiento de su porvenir. Y sin embargo, incluso en países donde la calidad de vida o el bienestar social son ínfimos, nuestros colegas siguen preocupados por saber “*cómo están los niños*”. No pocos de ellos estudiarán con detenimiento esta investigación que contesta algunas cuestiones de esa pregunta fundamental.

También se hacen la misma pregunta los profesionales que intervienen en las primeras fases del proceso: los trabajadores sociales y psicólogos que participan en la preparación de las familias y la valoración psicosocial de los candidatos. ¿Cómo están los niños? ¿Cómo es su adaptación familiar? ¿Cómo se desenvuelve la familia en la atención a las necesidades del nuevo miembro? En los encuentros técnicos se plantea insistentemente el deseo de recibir algo de *feedback* que permita evaluar esta parte del proceso.

Debemos entender lo mejor posible qué necesidades tendrán los niños adoptados y las familias adoptivas, especialmente para poner a su disposición recursos de orientación y apoyo. Debe aclararse que nos referimos a necesidades relacionadas con la peculiaridad del proceso de vinculación entre adultos y menores que se produce en la filiación adoptiva. Flaco favor haríamos a la institución adoptiva si transmitiéramos la concepción de que, por el hecho de serlo, la familia adoptiva es acreedora de prestaciones, derechos o privilegios distintos al resto de la población. Aumentar nuestro conocimiento sobre las necesidades de las personas adoptadas no sólo permitirá diseñar y desarrollar programas de apoyo post adoptivos, sino también reorientar el conjunto del proceso. ¿Qué formación previa en el proceso puede proporcionarse a los padres para que sean conscientes de las implicaciones de su proyecto y descubran sus puntos fuertes y débiles? ¿Qué variables fundamentales deben contemplarse en la valoración psicosocial necesaria para la acreditación de la idoneidad? ¿Qué factores de riesgo y qué factores de protección pueden identificarse en el núcleo familiar antes de la incorporación efectiva de un niño? ¿Qué proceso de preparación próxima puede mejorar el encuentro inicial entre niño y adultos? ¿Qué orientaciones pueden ofrecerse tanto para el encuentro como para la adaptación inicial? ¿Cómo graduar la intensidad de seguimiento y apoyo a la familia que se está constituyendo tras la adopción?

Pese a la ingenuidad o superficialidad con la que a veces es considerada, la adopción es una medida de protección extraordinariamente grave, por lo que supone de drástica extinción de la relación de un niño con su familia y su entorno de origen. Desde los años sesenta se ha ido edificando trabajosamente un marco jurídico internacional que pretende reservar la adopción para las situaciones de desamparo en las que el derecho a crecer en una familia sólo puede garantizarse a través de una medida de sustitución familiar definitiva e irrevocable, tras haber descartado otras alternativas en el propio entorno.

Por difícil que sea de explicar para el gran público, la controversia en torno a los pros y contras de la adopción internacional es enormemente compleja. Con frecuencia los profesionales nos irritamos debido a la banalización con que es presentada por los medios de comunicación, o la ligereza de algunos planteamientos

políticos o jurídicos. Tanto en España como en el extranjero se nos pregunta por las causas de la inusitada eclosión de la adopción internacional en nuestro país, que se ha colocado tanto en cifras absolutas como relativas en los primeros puestos del mundo, cuando hace una década era una alternativa desconocida y minoritaria. Probablemente hace falta que transcurran otros diez años para poder explicarlo con suficiente perspectiva.

En el primer capítulo de esta obra la autora resume con admirable amenidad y rigor los aspectos fundamentales de este movimiento social en favor de la adopción internacional que parece haberse despertado en nuestro país. Alude también a cuestiones éticas de calado, como el perverso efecto que en algunos lugares del mundo provoca el excesivo número de solicitudes de adopción, de modo que la demanda de niños abandonados acaba creando la oferta: “*la adopción internacional como causa de la desprotección de la infancia*”. Nuestro país es un recién llegado a “*un movimiento aun no culminado, que va de considerar los derechos de los padres como la finalidad de la medida a ser los derechos de los hijos el principio fundamental y regulador*” ya que todavía nos movemos, socialmente “*en los vestigios de la concepción tradicional y centrada en los derechos de los adultos*”. Cuánto se agradecen estas advertencias cuando todos los debates se refieren a “quién tiene derecho a adoptar” y nadie considera “quién tiene derecho a que le adopten” y si los deseos, las necesidades y los derechos del niño tienen algo que decir.

En nuestro país, tras la ratificación del Convenio de La Haya de 1993, fueron designadas como *autoridades centrales en materia de adopción internacional* las mismas entidades públicas que en cada Comunidad Autónoma asumen la protección de los menores desamparados y, entre otras competencias, la adopción nacional. A diferencia de otros países en los que esta responsabilidad ha recaído en otro tipo de autoridades, las instituciones de protección a la infancia están familiarizadas con la realidad de los menores desamparados y sus necesidades. En el segundo capítulo de esta obra se ofrece una síntesis panorámica de gran número de investigaciones sobre la vulnerabilidad, problemas y riesgos de los menores desamparados que son adoptados por otra familia. Se trata de una realidad compleja, con resultados fragmentarios y en ocasiones contradictorios. Así son los niños a los que la adopción internacional pretende proteger y en muchos casos, asumir la parentalidad de niños con estas necesidades supondrá retos diferentes a los de una parentalidad *convencional*.

Las líneas de investigación más tradicionales sobre la adaptación de los menores adoptados se han centrado en la patología, el déficit y la diferencia. Aunque el especialista pueda matizar e interpretar adecuadamente los resultados de esta clase de investigaciones, inevitablemente queda situada la adopción como un problema. Algunos extremos clínicos de esta patología, para los que se han propuesto títulos tan literarios como el de “*síndrome del pozo sin fondo*” o el de “*elbow-baby*” (algo así como “*el bebé de los codazos*”) condensan el riesgo psicopatológico asociado a la filiación adoptiva. Este énfasis en el *déficit* ha tenido efectos perjudiciales para una adecuada comprensión y desarrollo de políticas de adopción. La desdichada profecía de Spitz (“bebés

carentes de amor, serán adultos llenos de odio”) parece haber arraigado en la mentalidad popular, pese a que la investigación posterior que tan duramente ha cuestionado sus teorías vaya lentamente relativizando tales conclusiones. Probablemente, las posibilidades de los niños más vulnerables de ser adoptados se han visto reducidas debido a los miedos al efecto de la edad, de las experiencias traumáticas y de las necesidades especiales y posibles problemas de conducta. Recientemente, el ofrecimiento de una familia que iniciaba el proceso de adopción internacional resumía perfectamente esta perspectiva: “*queremos un niño que no haya sufrido*”.

Afortunadamente, la autora propone avanzar hacia otros diseños metodológicos que reduzcan el sesgo clínico, mejoren la composición de las muestras y expliquen la gran variabilidad en los resultados. Su exposición de las fuentes de variabilidad y las teorías explicativas de la adaptación adoptiva revela una valiosísima capacidad de síntesis y visión de conjunto. Tal como advierte, debe reconocerse que gran parte de las iniciativas en el ámbito de la adopción se fundamentan en la mera intuición de los profesionales, a falta de resultados empíricos más fiables. Pero, aun necesitando resultados más concluyentes en algunas cuestiones, una síntesis como la presentada facilitará a muchos profesionales de la práctica la revisión de sus planteamientos y la mejora de algunos programas en marcha.

Hay que agradecer tanto los resultados que arroja su investigación como las preguntas que suscita el modelo propuesto. De la presentación de resultados surgen innumerables cuestiones a profundizar en el futuro, tal vez con otras metodologías de investigación. Tanta sugerencia nos permite albergar la esperanza de ver a la propia autora al frente de investigaciones aún más ambiciosas que avancen por los senderos que en esta tesis se han insinuado.

Aunque se trata de una variable aparentemente menor, que tal vez no comprometa decisivamente la adaptación de los niños adoptados, hay un ítem que no debe pasarse alto desde las administraciones públicas. El 44 % de la muestra de este estudio afirma que durante el proceso ha tenido problemas con las instituciones españolas que intervienen en el proceso (autoridad central y/o entidad colaboradora). Un tercio de ese porcentaje califica tales problemas como “graves”. Un 30% de la muestra manifiesta haberse sentido defraudado o engañado durante el proceso. Lamentablemente, con los resultados disponibles no puede precisarse en qué consisten dichos problemas o las causas del desencanto. Es posible que en parte se deba a las expectativas irreales o equivocadas con la que en ocasiones se inicia una adopción internacional; o a la propia aridez de un proceso cuya complejidad dificulta percibir su lógica interna (cuando la hay). Pero también exige a las administraciones un esfuerzo por eliminar obstáculos innecesarios y demostrar que el proceso no está artificial y burocráticamente complicado, como alegan quienes pretenden burlar el sistema de garantías acordado por los países más responsables.

La investigación en el campo de la adopción internacional tiene implicaciones muy complejas. Al entramado de causas y efectos, a la dificultad para la interpretación de

los datos, a la contradicción entre resultados... se añaden problemas de validez y dudas teóricas. Siendo imprescindibles, como lo son, las investigaciones longitudinales a medio y largo plazo ¿son aplicables al momento presente los datos de quienes fueron adoptados hace décadas, cuando la realidad familiar era tan distinta a la actualidad, y tan diferentes las concepciones y procesos de la adopción? ¿Pueden considerarse parte del mismo fenómeno realidades tan distintas como observamos en diferentes países del mundo? Aparte del término “adopción” que utilizamos para denominarlas a todas ¿qué tienen en común las adopciones de países en los que se fuerza o se incentiva el abandono de recién nacidos, con la de aquellos en los que la adopción internacional queda reservada a niños mayores o con características que no son aceptadas por las familias locales? Recientes investigaciones han encontrado excelentes resultados en cuanto a satisfacción familiar y adaptación del menor precisamente en las adopciones efectuadas en países donde la adopción carece de garantías éticas y jurídicas y se tramitan con procedimientos cercanos al *tráfico de niños* ¿Cómo encontrar la relación, por un lado, entre “buenas prácticas” y “buenos resultados”, y por otro lado, evitar que puedan justificarse con coartadas científicas “malas prácticas con buenos resultados”?

Al igual que la física posterior a Heisenberg tuvo que incorporar como elemento constitutivo el *principio de incertidumbre* debido a la imposibilidad de calcular al mismo tiempo la posición y el movimiento de una partícula, es posible que debamos aceptar en nuestro campo también un cierto *principio de incertidumbre* ante la dificultad de considerar conjuntamente todas las variables implicadas. En el fondo, como bien saben los padres adoptivos, *la incertidumbre es inherente a la adopción*. ¿Qué es la adopción, ese proceso de *hacer hijo al hijo abandonado de otro*, sino la asunción de un extraño como propio, pese a desconocerlo casi todo de él? Tras este oxímoron que supone *hacer propio al ajeno* se esconde toda la grandeza y servidumbre de la institución adoptiva. Mal pronóstico tendría una adopción cuyos protagonistas exigieran el parecido, la ausencia de riesgo, la semejanza, la identidad, el cumplimiento puntual de todas las expectativas... Quienes se ofrecen a adoptar un niño ajeno como hijo asumen también el *principio de incertidumbre*.

La adopción internacional es, sin duda alguna, una materia apasionante que reclama desarrollo teórico e investigaciones rigurosas. La doctora Ana Berástegui ya nos sorprendió hace años con su primera y premiada investigación, un estudio pionero sobre las adopciones internacionales truncadas y en riesgo, tema que debe retomar y profundizar en el futuro. Con la investigación que nos ocupa, vuelve a ofrecer un material valiosísimo para todos los profesionales que debemos fundamentar nuestro trabajo en esa pregunta fundamental: “¿Cómo están los niños?”.

Antonio Ferrandis

Doctor en Ciencias de la Educación

Jefe del Departamento de Adopciones (IMMF)

INTRODUCCIÓN

No hay más que salir a la calle, a los parques, a las puertas de los colegios o a los centros comerciales para darse cuenta de que la adopción internacional se ha convertido, en muy poco tiempo, en una realidad cotidiana en nuestras ciudades. No en vano, más de 4000 familias de la Comunidad de Madrid han adoptado a sus hijos fuera de España en los últimos diez años.

Entendemos que la adopción internacional no puede ser una solución estructural a los problemas de la infancia en el mundo, pero puede servir de asidero para que, mientras por otros cauces se asegura el adecuado cuidado de la infancia del mañana en su entorno, los niños a los que no se puede ofrecer una familia en sus países de origen sean queridos, cuidados y educados por unos padres, independientemente de su nacionalidad.

Para que esta solución sea efectiva para los niños habrá que garantizar que la familia es capaz de invertir su trayectoria desfavorecida de desarrollo y establecer las bases para que se curen las heridas que la privación han dejado en este. Desgraciadamente, esto no siempre ocurre así. La autora de esta investigación tuvo el privilegio de estudiar la realidad de las adopciones truncadas y en riesgo en la Comunidad de Madrid (Berástegui, 2003b) y acercarse a las situaciones en las que la convivencia familiar tras la adopción internacional se volvía insostenible para la familia y el niño era reingresado en el sistema de protección. Así, esta investigación pretende aportar un poco de luz a las dinámicas que subyacen a que la adopción sea una vía de integración familiar, psicológica y social para los menores —especialmente para aquellos más vulnerables— para facilitar la adaptación familiar y prevenir, en la medida de lo posible, los casos de ruptura.

El primer capítulo pretende situar la investigación en el marco actual de la adopción internacional. En primer lugar expone la evolución de la adopción y sus obje-

tivos en un movimiento cada vez más centrado en los derechos de los niños a crecer en un ambiente familiar seguro y estable y no tanto en dar una familia a un niño. Este punto de vista será el asumido por esta investigación. En segundo lugar se plantea la situación de la adopción internacional en España y se revisan brevemente las causas que han motivado el aumento vertiginoso que han vivido estos procesos en nuestro país en los últimos diez años. Por último, se plantean las diferencias entre la adopción nacional y la internacional, diferencias que justifican que esta investigación se dirija específicamente a la adopción internacional. Las diferencias están centradas en el proceso (cuyos pasos se apuntan para situar la investigación dentro de su marco jurídico y administrativo), el carácter intercultural y muchas veces interétnico de la adopción y, por último, en las condiciones de partida de los niños.

El segundo capítulo aborda las especiales dificultades que la investigación ha encontrado en los adoptados a lo largo de su desarrollo. Se centra fundamentalmente en la mayor vulnerabilidad psicológica de los adoptados y las distintas perspectivas metodológicas que se han utilizado para plantear esta vulnerabilidad, por un lado, y en las dificultades de integración familiar por otro. De manera secundaria se abordan otros retos y dificultades que se han asociado en distintos estudios a la adopción internacional como son los problemas de salud, los problemas cognitivos, lingüísticos y de integración escolar, los problemas en la construcción de la identidad, con especial referencia a la identidad racial y cultural y, por último, los problemas de integración del adoptado en la vida adulta. Si bien la metodología reinante en los estudios anteriores sería la de comparar a los adoptados con niños parecidos a los que serían hijos biológicos de sus padres adoptivos o bien con sus propios hermanos adoptivos, por último, se presentan distintos estudios que comparan a los niños adoptados con los que permanecieron institucionalizados o que fueron criados en familias que eran ambiguas con respecto a su crianza. Los resultados son enormemente positivos a favor de la adopción mostrando cómo esta es capaz de “convertir una trayectoria evolutiva amenazada en una trayectoria evolutiva normalizada” (Palacios y Sánchez, 1996a pág. 68).

El tercer capítulo pretende dar cuenta de la enorme variabilidad de la experiencia adoptiva, tanto para los niños como para las familias y de los factores y teorías que han surgido desde la investigación y la práctica profesional para explicar el riesgo asociado a la adopción. Se estudian los factores y teorías asociados a la historia del menor, a las familias y sus dinámicas motivacionales y relacionales y, por último, al proceso de adopción (en sus fases preadoptiva, adoptiva y postadoptiva). Se presta especial atención a las variables que se han vinculado en la investigación a la ruptura de la adopción. Probablemente, la mayor carencia de la investigación sobre la ruptura haya sido que, si bien ha conseguido vincular determinadas variables “objetivas” al incremento del riesgo en adopción, no ha sido capaz de explicar las dinámicas que hacen que estas variables afecten a la adaptación de la familia.

En el cuarto capítulo se propone el modelo de adaptación familiar a la adopción internacional elaborado en el marco de esta investigación a partir de los desarrollos de la Teoría del Estrés-Afrontamiento aplicada a las relaciones familiares y a la asunción y desempeño del rol parental. El modelo propone que el proceso de adaptación familiar media entre la conducta inicial del menor y su adaptación psicosocial tras el periodo inicial de convivencia con la familia. Las dinámicas familiares que intervienen en el proceso de adaptación familiar son el estrés familiar, las expectativas de adaptación y los recursos familiares. Este modelo pretende aliviar la carencia que tiene la investigación sobre adopción de esquemas teóricos sobre los que interpretar los resultados

El capítulo quinto plantea las hipótesis y la metodología de la investigación empírica que persigue los tres objetivos derivados de los capítulos anteriores: describir la conducta de los menores y el cambio que se da en la misma durante el periodo de convivencia inicial, contrastar el modelo de adaptación inicial de la familia a la adopción internacional y estudiar las dinámicas familiares que se relacionan con las variables del menor, la familia y el proceso. Se describen los procedimientos de selección de la muestra y de recolección de los datos a través del autoinforme de los padres y las características de los instrumentos utilizados, con especial atención a los que han sido construidos específicamente para este estudio.

En el sexto capítulo se detallan los resultados obtenidos en los distintos análisis estadísticos de los datos. En primer lugar se analiza la tasa de respuesta y los datos de representatividad de la muestra final así como las características sociodemográficas, familiares y de proceso de estas. Asimismo se analizan las características psicométricas de los instrumentos utilizados. Seguidamente se expone el análisis descriptivo de las variables implicadas en el proceso y sus características distribucionales para, en el siguiente apartado, validar el “Modelo de adaptación inicial de la familia a la adopción internacional” a través del modelado de ecuaciones estructurales. Por último, se analizan las relaciones de las principales variables sociodemográficas y de composición familiar estudiadas con las variables del modelo.

El capítulo siete recoge, por un lado, la discusión de resultados en función de los tres objetivos propuestos para la investigación empírica y por otro, las principales dificultades metodológicas de las que esta adolece en base a las cuales propone posibles caminos que podría seguir la investigación a partir de sus resultados. Por último se exponen algunas consideraciones finales del estudio.

Si bien los resultados de este estudio serán de especial interés para los profesionales relacionados con la adopción internacional y con la protección de menores en general, también podrán ser interesantes para cualquier estudioso de la psicología ya que el estudio de la adopción es un espacio privilegiado para estudiar muchas de las claves del desarrollo humano (Haugaard y Hazan, 2003).

CAPÍTULO 1

EVOLUCIÓN Y DESARROLLO DE LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL EN ESPAÑA

1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ADOPCIÓN: DE LOS DERECHOS DE LOS PADRES A LOS DERECHOS DE LOS HIJOS

La adopción, como hecho relacional, es tan antigua como la misma humanidad e incluso más antigua que la historia del hombre ya que se han documentado casos de “adopción” en determinadas especies animales, especialmente en hembras de primates superiores que crían como un hijo propio a crías que quedan desprotegidas (Ellsworth y Andersen, 1997).

La primera adopción registrada en la historia (según Kadushin, 1980) es la historia mítica del nacimiento de Sargón I, fundador de Babilonia, Siglo XXVIII a. de C.. También la historia de Moisés, recogida en la Biblia, es de las adopciones internacionales más antiguas y, seguramente, la más conocida de las narradas en la historia. Más allá del hecho puramente social y relacional y de las narraciones míticas, la primera codificación legal de la adopción la encontramos en el Código de Hammurabi (Brodzinsky, Lang y Smith, 1995; Cole y Donley, 1990).

La evolución histórica de la adopción ha seguido un movimiento, aun no culminado, que va de considerar los derechos de los padres como finalidad de la medida a ser los derechos de los hijos el principio fundamental y regulador (Lacruz, Sancho, Luna, Rivero y Rams, 1997). En sus orígenes la adopción cubría funciones tales como: mantener las líneas de herencia, conservar el culto a los ancestros y las prácticas religiosas, conseguir mano de obra para los trabajos familiares, asegurar los cuidados de los padres en su vejez, o crear alianzas entre grupos sociales enfren-

tados o en peligro de enfrentarse (Cole y Doneley, 1990). En un segundo momento, la adopción se centra en la satisfacción privada de los deseos de los adoptantes (especialmente del deseo de paternidad y maternidad) hasta llegar hasta nuestros días con el objetivo social de ofrecer una familia a los menores que carecen de ella (Lacruz y cols. 1997)

1.1.1. LOS ORÍGENES DE LA ADOPCIÓN

Las principales sociedades antiguas (egipcios, hindúes, chinos, griegos y romanos) practicaron alguna forma de adopción y la codificaron en sus leyes (Brodzinsky, Smith y Brodzinsky, 1998). En la actualidad, la antropología cultural considera la adopción como una práctica social existente transcultural y transhistóricamente, y particularmente común en las sociedades preliterarias que han llegado hasta nuestros días (Dunning, 1962; Lowie, 1930; Weckler, 1953).

En nuestro entorno cultural fueron los romanos quienes instauraron la filiación adoptiva para asegurar el culto a los ancestros y la transmisión del patrimonio y de la clase social. En este sentido, la adopción en Roma tenía una relevancia social que sólo ha sido recuperada en nuestros días. Señal de esta importancia es la adopción de grandes figuras de la historia de Roma como Nerón, Tiberio, Octavio o Augusto. El objetivo de la adopción romana era fundamentalmente político ya que suponía “*la agregación de un nuevo miembro, con idénticos derechos y deberes, a un consorcio político-religioso para garantizar su continuidad y su fuerza*” (Lacruz y cols., 1997; pg. 540) por lo que quedaba muy lejos de ser una medida de protección de menores, siendo la tónica general la adopción de personas adultas que ya habían formado su propia familia.

En la época post-clásica el significado de la adopción dejó de ser político para otorgar al adoptado el lugar de hijo, comenzando a perfilar así la adopción como “*imago naturae*”. De esta manera, la ley sustituía e imitaba a la naturaleza para aquellos que no podían tener hijos biológicamente (Lacruz y cols., 1997).

Parece que en los antiguos derechos germánicos la adopción persistió con el único objetivo de transmitir el patrimonio y sólo vinculaba al adoptante con el adoptado sin extender los derechos y deberes inherentes al parentesco al resto de ascendientes y descendientes de aquel (Lacruz y cols., 1997).

Con Justiniano (s. VI) se antepusieron los vínculos de sangre (la familia natural) a todo otro vínculo y se generó la distinción clásica entre adopción simple (“*adoptio minus plena*”) que tan sólo tenía efectos sucesorios y estaba restringida a quienes no tenían hijos y la adopción plena (“*adoptio plena*”) que dotaba a adoptante y a adoptado de todos los efectos de la filiación natural pero que sólo podía ser realizada por un ascendiente del adoptado (Lacruz y cols., 1997).

En la edad moderna, la adopción como figura jurídica se utilizó mayoritariamente con fines fraudulentos de carácter familiar o fiscal y fue perdiendo en valo-

ración social, por lo que el proceso de codificación en Europa encontró a la adopción en plena crisis y hubo francas resistencias para incorporarla en el texto de los Códigos por entenderse que era una institución innecesaria y en desuso. El Código Napoleónico (1807), por ejemplo, incluyó la adopción tras una viva polémica por la presión directa de Napoleón, pero lo hizo en una forma poco definida, con efectos muy limitados y sometida a unos requisitos casi imposibles de alcanzar y algo similar ocurrió en otros Códigos europeos del s. XIX (Amorós, 1987; Lacruz y cols., 1997).

En España, la evolución de la institución ha sido paralela a los cambios en nuestro entorno cultural. La primera referencia legal de la adopción aparece en el Breviario de Alarico (s. VI). En éste se regula la "*perfilatio*", institución que conserva los efectos de la adopción romana y que reaparece en el Fuero de Soria y en el Fuero Real. Parece que esta figura también fue progresivamente deformada por su empleo indirecto y en cierto modo fraudulento, ya que se utilizaba para legitimar hijos extramatrimoniales y reconocerles una parte del derecho a la herencia así como para evadir impuestos (Lacruz y cols., 1997). La idea justiniana de distinguir entre adopción plena y menos plena se recogió en Las Partidas (s. XIII) desapareciendo sólo con la reforma del Código Civil de 1987.

Por último, la adopción también estuvo a punto de desaparecer en el Proyecto de Código Civil español de 1851 que incluyó la adopción "menos plena" gracias a la insistencia de un vocal andaluz que alegó que "*podía conducir a sentimientos dulces y benéficos*" (Amorós, 1987; Lacruz, 1997). En la redacción originaria del Código español, la adopción tenía unos efectos jurídicos mucho más restringidos que los de la paternidad natural al tiempo que se establecía una edad mínima muy elevada para adoptar (45 años) y se prohibía hacerlo a quien tuviera hijos o descendientes legítimos (Lasarte, 1997).

Así, entre finales del siglo XIX y principios del XX quedó configurado en nuestro entorno cultural un modelo de adopción que hoy conocemos como "adopción tradicional". El objetivo de las adopciones era comparable a los de las actuales técnicas de reproducción asistida; es decir, su objetivo primordial era proveer de descendencia a aquellos que no podían generarla por vía natural (de ahí las elevadas edades mínimas para adoptar y el requisito de ser un matrimonio sin hijos de la mayoría de las legislaciones sobre adopción) posibilitando a las familias vivir lo que se consideraba un sustituto de la verdadera paternidad. Con la adopción se pretendía crear la "ficción de un nuevo nacimiento" para la nueva familia (Adroher y Berástegui, 2000).

Según Hoksbergen (1991b) la adopción tradicional era mantenida en secreto para el entorno social y para el propio hijo, y para ello se pretendía que el menor fuera lo más pequeño y lo más parecido posible a su familia adoptiva. Estas decisiones no estaban motivadas por el reconocimiento de las dificultades especiales que podía entrañar la adopción de niños mayores o de niños con características físicas dife-

renciales sino por el deseo de hacer pasar al niño por hijo biológico desde el principio. También se le cambiaba el nombre e incluso se consideraba como fecha de su nacimiento el día de su adopción. Los trabajadores sociales aconsejaban que enfocaran la crianza del niño “exactamente igual” que si fuera su hijo biológico y daban muy poca información acerca del pasado del menor ya que no se consideraba relevante; en terminología de Kirk (1964) la filosofía y la actitud subyacente a este tipo de adopción sería de “rechazo a las diferencias”. En definitiva, la adopción y todo lo relacionado con ella era considerada un tabú del que no se podía hablar.

1.1.2. EL SURGIMIENTO DE LA ADOPCIÓN MODERNA

Fueron las guerras mundiales, en especial la Segunda, y sus consecuencias las que modificaron profundamente la actitud en torno a la adopción en las sociedades occidentales dirigiéndose progresivamente hacia la adopción como derecho de los menores sin familia.

Durante este tiempo, numerosos niños habían quedado sin hogar a causa de la guerra, bien porque sus padres habían muerto o desaparecido o bien porque habían decidido refugiar a los niños en zonas alejadas del conflicto, lo que promovió la creación de numerosos orfanatos en los que se comenzaron a observar las desastrosas consecuencias que tiene el cuidado institucional y la privación del cuidado parental para los niños.

Uno de los estudios más influyentes en la toma de conciencia sobre esta realidad fue el realizado por René Spitz en 1945 sobre el hospitalismo, en el que se describe el comportamiento y el desarrollo observados durante dos años en 90 lactantes de un orfanato europeo de la posguerra. En este orfanato los cuidados materiales “ [...] eran perfectos: alimento, alojamiento, atenciones de higiene, etc., eran iguales o mejores que en otras instituciones” (Spitz, 1956, pg. 110); sin embargo, el personal dedicado a los niños era muy escaso por lo que considera que la carencia afectiva era total. Spitz describe cómo los niños entraban en un estado depresivo que se seguía de un retraso muy significativo de la coordinación psicomotora y de un estancamiento del desarrollo evolutivo que sólo alcanzaba, de media, un 45 sobre cien de lo considerado normal para cada etapa. El deterioro progresivo y la inmunodepresión hacía que los niños contrajeran infecciones y que un porcentaje extremadamente elevado de ellos muriera a causa del marasmo alcanzando una tasa de mortalidad del 37% en dos años mientras que tan sólo un 23,2% de los niños sobrevivieron en el orfanato (el 35% de ellos fue colocado en familias o instituciones de otras características).

Alarmada por la situación, la Organización Mundial de la Salud encargó a John Bowlby un estudio sobre los efectos de la privación maternal que quedó recogido en el libro “Maternal Care and Mental Health” (Bowlby, 1951). Este libro supuso una revolución en el mundo de la psicología y, muy especialmente, en el mundo

de la adopción ya que sentó las bases para considerar que los niños tienen necesidad, no sólo de ser alimentados y mantenidos en unas condiciones higiénicas y de salud básicas, sino de mantener una relación estable con un adulto que les proporcione seguridad y afecto. También resaltó las desastrosas consecuencias que tiene la privación del cuidado parental para el desarrollo de la persona, no sólo a corto sino también a largo plazo, sugiriendo la adopción temprana como medida prioritaria para los niños que han sido privados de sus padres biológicos a causa de la guerra (Amorós, 1987; Hoksbergen, 1991b). En definitiva, los estudios de Bowlby sentaron las bases para considerar que todo niño tiene derecho a una familia.

Desde la conciencia de la importancia de la familia para los menores, unida al impacto mundial que supuso el descubrimiento del horror nazi, surgieron las primeras adopciones internacionales en las que cientos de familias norteamericanas adoptaron niños europeos, mayoritariamente alemanes, desprotegidos a causa de la guerra (Hoksbergen, 1991b; UNICEF, 1999; Van Loon, 1993). Si en 1950 fueron 489 los menores alemanes adoptados por familias de otros países, en 1957 alcanzaron 2628 (Textor, 1991).

Con anterioridad los movimientos transnacionales de menores habían sido muy aislados como la adopción por familias norteamericanas de niños británicos e italianos durante el siglo XVIII para el trabajo en el campo, la adopción por parte de familias de la Alemania nazi de hijos de soldados arios de los países sometidos (Adroher, 1998) o, en el caso de España, la adopción por parte de algunas familias rusas de los niños exiliados a aquel país con motivo de la Guerra Civil.

La adopción internacional de niños de otras razas empezó a producirse con la adopción de niños de países asiáticos asolados por la guerra por parte de soldados americanos, en China y Japón aunque en pequeña medida. Fue fundamentalmente tras la guerra de Corea (1950-1953) cuando se generó la primera ola importante de adopción internacional de carácter interracial. Entonces muchos niños quedaron desprotegidos a causa de la guerra y, la discriminación social y el abandono sistemático de los hijos de madre coreana y de soldados norteamericanos (especialmente de raza negra) motivaron este movimiento social. Esta explosión de la adopción internacional fue promovida también por campañas de sensibilización como la "Operación Babylift". Diez años más tarde, una situación muy similar promovió la adopción de menores vietnamitas (Silverman, 1993; UNICEF, 1999).

Las primeras adopciones internacionales comenzaron a romper con el modelo tradicional de adopción. En primer lugar estas adopciones estaban basadas en la existencia de niños en condiciones de necesidad y no tanto en la existencia de familias deseosas de tener un hijo. De hecho, las familias protagonistas de estas primeras adopciones internacionales fueron familias que ya tenían hijos y cuya principal motivación era "rescatar a los niños" mientras que las familias que no podían tenerlos seguían dirigiéndose a la adopción nacional (Serbin, 1997).

En segundo lugar, estas adopciones provocaron un movimiento de apertura en la adopción: las adopciones de niños de otras etnias y las adopciones de niños que no eran necesariamente recién nacidos impedían en gran medida el secreto que rodeaba las adopciones tradicionales. También la motivación altruista que estaba en la base de la adopción contribuyó a que dejase progresivamente de ser un tabú y comenzara a ser una realidad socialmente aceptada e incluso aplaudida (Hoksbergen, 1991b). Frente al “rechazo de las diferencias” de la adopción tradicional se empezó a forjar socialmente una actitud de “aceptación de las diferencias” entre la paternidad biológica y la adoptiva (Kirk, 1964). Este reconocimiento de las diferencias supuso también el progresivo reconocimiento de los retos específicos de la adopción y de las diferencias existentes entre la paternidad biológica y adoptiva (Fuertes y Amorós, 1996; Palacios, 1998) valorando esas diferencias positivamente y no considerándolas una desventaja para la familia.

En tercer lugar, la aparición de asociaciones y campañas a favor de la adopción desprivatizaron la adopción y la convirtieron en un recurso de ayuda a los menores necesitados que fue transformándose en uno de los principales recursos públicos de protección de menores. En la adopción tradicional, en el momento en el que se producía la adopción, el hogar familiar se cerraba a los extraños, especialmente a los asistentes sociales (Hoksbergen, 1991b). La aparición de las asociaciones promotoras de la adopción, de las asociaciones de adoptantes y de una red de fomento y apoyo de la adopción ha ido creciendo junto con el desarrollo del concepto moderno de adopción.

Si bien los países del norte de Europa habían formado parte en algunas de estas adopciones internacional pioneras tras la segunda guerra mundial, fue fundamentalmente a finales de los años sesenta y principios de los setenta cuando la adopción internacional se generaliza y consolida en países como Holanda, Suecia, Noruega, Dinamarca y Bélgica (Adroher, 1998; Hoksbergen, 1991b; Rubio, 2001). Esta consolidación va unida al surgimiento de una imagen de la adopción relacionada con la solidaridad con el Tercer Mundo, al despertar de la conciencia de las profundas divisiones entre el mundo rico y el mundo pobre (UNICEF, 1999) y a la aparición de organizaciones dedicadas única y exclusivamente a la adopción de niños también en Europa (Hoksbergen, 1991b).

Paralelamente, durante los años 70 las sociedades occidentales vivieron grandes cambios relacionados con la transformación de valores y normas culturales. Estos cambios en el terreno de la sexualidad, el funcionamiento de la familia, el papel de la mujer y los avances en el conocimiento de la infancia y el reconocimiento de sus derechos han tenido una gran influencia sobre la práctica de la adopción nacional e internacional (Hoksbergen, 1991b; Montané, 1996; Rubio, 2001). De hecho, la misma revolución cultural que promovió la adopción internacional como una vía de solidaridad y justicia fue la que, progresivamente, hizo que descendieran las tasas de fecundidad en los países industrializados y, por tanto, los bebés sanos susceptibles de ser adoptados.

En esta situación social de aumento del número de familias dispuestas a adoptar y de descenso en los niños que se consideraban adoptables según el modelo tradicional se movilizan varios cambios importantes en el mundo de la adopción.

Por un lado, este desequilibrio unido a la creciente filosofía del derecho de todo niño a crecer una familia, abre la adopción a un importante contingente de niños que con anterioridad no se consideraban adoptables. En la adopción tradicional sólo se adoptaban niños recién nacidos, sanos y con características físicas similares a los de su familia de adopción. La importancia concedida a la herencia en la evolución de la personalidad también hacía que se consideraran como no adoptables los niños con antecedentes biológicos “indeseables”. Estas restricciones hacían que un gran número de menores creciera en las instituciones sin que nadie considerara posible ofrecerles una salida familiar. Con el descenso de bebés blancos y sanos y la irrupción de la filosofía del interés superior del niño se empieza a considerar posible la adopción de menores de mayor edad, grupos de hermanos, niños de otras etnias o niños con necesidades especiales (médicas, educativas o psicológicas). Esta apertura de los posibles beneficiarios de la adopción hace que se protejan de este modo los niños que más necesitan de ella pero también introduce retos especiales para la integración familiar que condicionan el proceso de adopción.

Por otro lado, el descenso de las posibilidades de adopción nacional de bebés sanos promovió que muchas familias que no podían tener hijos biológicos se acercaran a la adopción internacional generalizándose esta vía de adopción en el mundo Occidental y ejerciendo una importante presión sobre los países empobrecidos en los que se empezaron a dar casos de adopciones fraudulentas y redes de tráfico de niños.

Surge así, tras la generación de padres guiados fundamentalmente por el idealismo de los años setenta, una generación más realista en la que se da mucha importancia al conocimiento de los efectos de la pobreza, la privación temprana y la genética sobre el desarrollo de los niños, a las características del proceso de vinculación adoptivo y a la legalidad de los procesos de adopción (Hoksbergen, 1991b). Al mismo tiempo, se intenta mantener el derecho de cualquier niño a crecer en una familia como punto de partida de todos los procesos de adopción.

1.1.3. DE LOS DERECHOS DE LOS PADRES A LOS DERECHOS DE LOS HIJOS

Los cambios sociológicos e ideológicos expuestos han tenido un claro reflejo en la legislación y la práctica de la adopción, de manera que se la considera uno de los institutos civiles que ha sufrido más cambios desde la primera posguerra hasta el momento presente (Lacruz y cols., 1997; Lasarte, 1997). Esta evolución normativa ha ido en dos líneas fundamentales: por un lado, el reforzamiento de los vínculos entre adoptantes y adoptado hasta llegar a la equiparación entre filiación consanguínea y adoptiva y, por otro lado, la definitiva colocación de la protección del menor desamparado en el centro de la legislación sobre adopción (Lasarte, 1997).

Si en Europa y Norteamérica la filosofía del interés superior del niño en adopción es de aparición relativamente moderna (Goldstein, Freud y Solnit, 1979) en España no se refleja en la legislación y la práctica de la adopción hasta la reforma del Código Civil de 1987. En ella se establece el “superior interés del niño” como principal principio informador que debe inspirar a todos los agentes implicados en el proceso. Este principio se traduce fundamentalmente en concebir la adopción como la búsqueda de una familia para un niño, más que de un niño para una familia, poniendo en este punto su verdadera finalidad social (Preámbulo de la Ley 21/1987). Desde esta perspectiva el beneficio del adoptando “*se sobrepone, con el necesario equilibrio, a cualquier otro interés legítimo subyacente en el proceso*” (Preámbulo de la Ley 21/1987).

La traslación de la finalidad de la adopción hacia los derechos del niño supone una verdadera revolución que modifica sustancialmente la filosofía subyacente a la adopción, las motivaciones y configuraciones de las familias que pueden adoptar, el contingente de niños adoptables y el mismo proceso de adopción (Brodzinsky y cols., 1995). Aunque estos cambios ya se han operado en gran medida en la legislación y se han impuesto en los procesos de adopción tanto nacional como internacional en España, todavía nos movemos, socialmente, en los vestigios de la concepción tradicional y centrada en los derechos de los adultos (Adroher y Berástegui, 2001; Montané, 1996). Con demasiada frecuencia se utiliza el derecho a la igualdad de todas las personas para justificar el derecho a adoptar de una persona (Servicio Social Internacional, 2004) y además la posibilidad de adoptar se equipara al reconocimiento público de determinados modos familiares (Ferrándis, 2003) pero no debemos olvidar que la adopción, en la concepción actual, es un derecho del niño que necesita una familia de manera permanente, no un derecho de los adultos a conseguir que se les confíe un niño porque así lo desean. Este debe ser el punto de partida de cualquier debate. Hay que luchar contra la filosofía del derecho al hijo que, en adopción internacional, ha sido excusa para muchos abusos y violaciones de los derechos de los niños (Montané, 1996).

Montané (1996) propone como uno de los retos fundamentales de la adopción en España el promover y generar una cultura de la adopción realista y centrada en los derechos del menor como objetivo primordial de la misma. El modo en que la adopción internacional ha irrumpido en España, y muy especialmente en la Comunidad de Madrid, con un crecimiento exponencial de las solicitudes y la consiguiente presión de los solicitantes así como el desconocimiento previo tanto de los procesos como, en muchas ocasiones, de la especificidad psicosocial que entraña este tipo de adopciones, ha hecho que la salvaguarda eficaz de estos derechos haya sido una tarea especialmente ardua para los profesionales de la protección infantil. Aún quedan muchos esfuerzos por emprender, desde el mundo de la investigación y de la práctica de la adopción, para garantizar que todo niño que necesite una familia encuentre un entorno cálido, estable, seguro y responsable en el que crecer y desarrollarse.

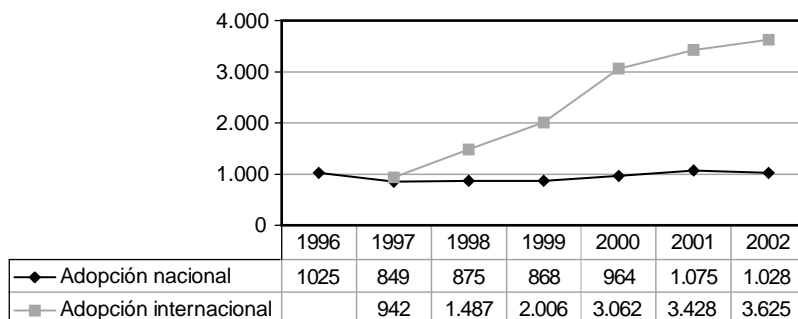
1.2. IRRUPCIÓN DE LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL EN ESPAÑA

En la última década, especialmente desde mediados de los años 90 se ha producido una aparición rápida y acelerada de la adopción internacional en nuestro panorama nacional (Ferrándis, 2003; Montané 1996)

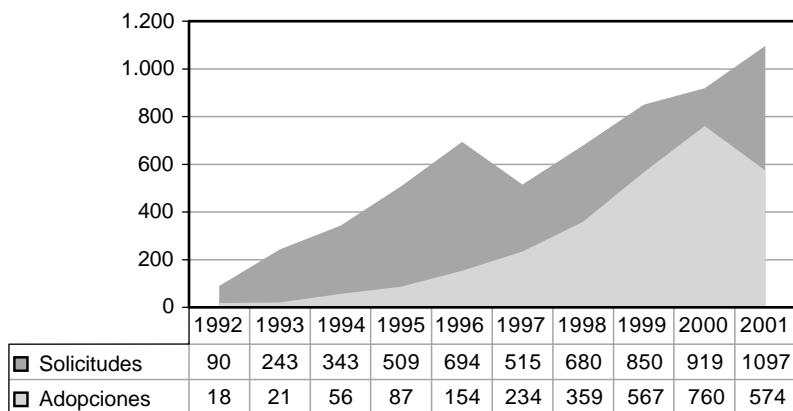
La inversión en los flujos de adopción nacional e internacional que ya predecía Adroher (1998) a partir de los datos de 1990 a 1995, queda reflejada claramente en las cifras actualmente disponibles (Gráfico 1): en el año 2002 se adoptaron en nuestro país 1.028 niños por la vía nacional, lo que no supone grandes modificaciones con respecto a 1996. Por el contrario, en el mismo año se adoptaron 3.625 niños extranjeros, lo que supuso un aumento de la adopción internacional del 285% respecto del año 1997 (Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales, 2003). En 2004 fueron 3.951 los menores adoptados fuera de nuestras fronteras. Estos datos confirman que nuestro país se ha situado en menos de una década como una de las principales naciones acogedoras de niños para la adopción internacional (Instituto Universitario de la Familia, 2003) ya que se calcula que anualmente se producen en el mundo entre quince mil y veinte mil adopciones internacionales (Bartholet, 1993a), tasa que ha permanecido relativamente estable a lo largo de esta década.

En la Comunidad de Madrid, durante los primeros años noventa, el progresivo aumento de solicitudes y descenso de niños adoptables fue alargando los tiempos de tramitación de la adopción nacional y propiciando que algunas familias se

GRÁFICO 1: ADOPCIONES NACIONALES E INTERNACIONALES EN ESPAÑA (1996-2002)



Datos extraídos de los Anuarios de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2000 y 2003). No existen datos sobre protección a la infancia en los anuarios anteriores. No se ofrecen datos sobre la adopción internacional antes de 1996 por no ser obligatorio previamente el Certificado de Idoneidad para el reconocimiento de la adopción en España por lo que la administración no cuenta con datos fiables sobre estas. En la tabla se muestra el número de adopciones nacionales e internacionales contabilizadas por las Comunidades Autónomas por año.

GRÁFICO 2: NÚMERO DE SOLICITUDES Y DE ADOPCIONES REALIZADAS AL AÑO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

El área más oscura representa la evolución de las solicitudes de adopción (frecuencia por año) y el área más clara el número de adopciones internacionales finalizadas en el mismo año. Datos tomados de Ferrándis (2003).

fueran decantando por la adopción internacional que anteriormente había sido una opción muy aislada considerada sólo por “familias aventureras” (Rubio, 2001). En junio de 1995 se produjo un punto de inflexión en nuestra Comunidad con el colapso de las listas de adopción nacional y el consiguiente cierre de las mismas (Orden 1195/1995, de 23 de junio) con lo que la adopción internacional, a pesar de su mayor complejidad, se convirtió prácticamente en la única vía conocida de adopción para los madrileños (Rubio, 2001).

Esto supuso un incremento exponencial de las solicitudes de adopción internacional que continúa aumentando en nuestra región a razón de un 20% anual (Ferrándis, 2003) aunque el número de adopciones internacionales efectivamente realizadas tocó techo en 2000 con 760 adopciones. Esta cifra no ha sido superada aunque la demanda ha seguido creciendo por lo que se puede suponer que hay un importante colapso de los procesos de adopción internacional en la Comunidad de Madrid como se deriva del análisis del Gráfico 2.

1.3. APROXIMACIÓN A LAS CAUSAS DEL AUMENTO DE ADOPCIONES INTERNACIONALES EN ESPAÑA

La adopción internacional se ha convertido en pocos años en una opción generalizada de acceso a la paternidad, como se deriva de los datos, por la confluen-

cia de los mismos factores que promovieron el desarrollo histórico de la adopción internacional en Europa y Norteamérica: la disminución de niños adoptables, el aumento de los solicitantes de adopción y la desprotección de la infancia en algunos lugares del planeta (Berástegui, 2003b; Montané, 1996; Rubio, 2001; UNICEF, 1999). Otros factores sociales como el establecimiento de los cauces jurídicos necesarios para agilizar y garantizar la legalidad de estos procesos y la influencia de los medios de comunicación en la visión social de la adopción también confluyen en el aumento de adopciones internacionales en nuestro país.

1.3.1. DISMINUCIÓN DE NIÑOS ADOPTABLES EN ESPAÑA

La disminución de la fecundidad adolescente y la baja natalidad extramatrimonial (como consecuencia del acceso generalizado de la población a los medios anticonceptivos y de la liberación del aborto en algunos supuestos) así como la legitimación social de la maternidad extra-conyugal ha hecho que disminuyan drásticamente los embarazos no deseados. Esto hace que sean muy pocos los niños dados en adopción por ese motivo nada más nacer (Instituto Universitario de la Familia, 2003; Rubio, 2001). Con estos cambios sociales, España se ha unido a la situación social que desde los años setenta se ha establecido en los países occidentales industrializados como Estados Unidos, Canadá, gran parte de Europa y Australia (Bartholet, 1993). Para ilustrar este factor se puede observar que, en los últimos años, el número de bebés entregados en adopción en la Comunidad de Madrid se ha reducido a unos 40 ó 50 casos anuales (Ferrandis, 2003)

También la mejora de las políticas de protección y apoyo a la familia ha hecho que muchos menores en riesgo, cuya única salida anteriormente estaba en la adopción, puedan ser protegidos sin ser separados definitivamente de su entorno familiar (Fuertes y Amorós, 1996; Instituto Universitario de la Familia, 2003; Montané, 1996; Rubio, 2001; UNICEF, 1999). De este modo se privilegian medidas como los acogimientos temporales con la idea de no privar a los progenitores de la patria potestad sin poner a su servicio todos los recursos necesarios para el cumplimiento efectivo de sus funciones parentales. La consecuencia negativa de estos procesos es el aumento de la edad de los niños cuando son definitivamente considerados adoptables. Así se ha producido en España un aumento significativo de la proporción de niños considerados con necesidades especiales dentro del grupo de menores susceptibles de necesitar un recurso familiar (Fuertes y Amorós, 1996; Montané, 1996).

Otra realidad emergente es la entrada en el sistema de protección de menores de un contingente importante de niños procedentes de las bolsas de marginación producidas por las pobres condiciones de vida y la dificultad para el acceso a los recursos públicos de multitud de inmigrantes en nuestro país de manera que muchas familias que adoptan en la Comunidad de Madrid por la vía nacional se

encuentran con una realidad que tiene muchas semejanzas a nivel social con la adopción internacional.

1.3.2. AUMENTO DE SOLICITANTES DE ADOPCIÓN

Cada vez es mayor el número de personas con dificultades para tener hijos biológicamente. A esto se suma una progresiva aceptación social de la adopción como alternativa legítima a la paternidad y maternidad biológica lo que ha promovido un cambio en los perfiles clásicos del adoptante (Fuertes y Amorós, 1996).

EL AUMENTO DE LOS PROBLEMAS DE INFERTILIDAD A NIVEL SOCIAL

El aumento en la edad de las primíparas —que se situaba ya en 1995 en 28,4 años— es uno de los factores más relevantes a la hora de explicar el aumento de las dificultades para concebir de las parejas españolas. Los datos de la Comunidad de Madrid son aún más extremos. Durante primer trimestre de 2003, la edad para tener el primer hijo se sitúa en 30,78¹ años para las mujeres españolas, tasa que ha aumentado un año en los últimos cinco (Instituto Nacional de Estadística, 2000).

Este crecimiento está motivado por un alargamiento en las etapas de formación y por la incorporación de la mujer al mercado laboral en ausencia de políticas integrales de conciliación de la vida familiar y laboral. También se ha dado un retraso en la edad de matrimonio (30,89 para varones y 29,46 para mujeres lo que supone un retraso 0,7 y 0,8 años en el último lustro respectivamente).

Teniendo en cuenta que la tasa de infertilidad crece exponencialmente a medida que aumenta la edad de la madre, especialmente a partir de los treinta años, es comprensible que haya un crecimiento importante de los problemas de infertilidad a nivel social.

Por otro lado, aproximadamente un 15% de las parejas que no pueden concebir no tienen un problema fisiológico aparente y se puede pensar que su infertilidad está causada por el estrés. El estilo de vida y los hábitos cotidianos que se han ido imponiendo en nuestra sociedad ha convertido el estrés en una enfermedad crónica para muchos españoles y la investigación médica parece indicar que altos niveles de estrés pueden cambiar los niveles hormonales en las mujeres, causando ovulación irregular y espasmos en las trompas de Falopio alterando la fertilidad o contracciones uterinas que pueden afectar la implantación de los embriones. En los varones, altos niveles de estrés pueden disminuir la producción de espermatozoides y, con ello, las posibilidades de fertilización de un óvulo (American Society for Reproductive Medicine, 1996).

¹ Como contraste, las residentes en la Comunidad de Madrid de nacionalidad extranjera tuvieron su primer hijo con 26,85 años de media, casi cuatro años antes que las de nacionalidad española.

CAMBIO EN LOS PERFILES CLÁSICOS DEL ADOPTANTE

A pesar de que los solicitantes de adopción internacional siguen siendo, como en el modelo tradicional de adopción, parejas estables y casadas que no pueden tener hijos por la vía biológica, los cambios sociales vividos en nuestro país han hecho que otras configuraciones familiares se acerquen a la adopción para cumplir su deseo de ser padres.

El estudio de Dávalos (2002) sobre el perfil de los solicitantes de adopción en la Comunidad de Madrid ilustra estas nuevas tipologías familiares y los distintos tipos de motivaciones con las que se dirigen a la adopción a través de las características de las 667 solicitudes de adopción que pasaron por el proceso de idoneidad en el año 2000.

El primer dato relevante en este sentido es que el 15,9% de las solicitudes fueron realizadas por personas solas. En los últimos años, el crecimiento de las familias unipersonales o monoparentales está siendo patente entre las familias españolas, siendo muy diferente las causas que lo originan; algunas lo son accidentalmente a través de embarazos no buscados y no compartidos, algunas familias se configuran como monoparentales a causa del divorcio o de la viudedad pero el cambio en la valoración social de las familias monoparentales ha hecho que pueda ser también una opción deseable de formar una familia para un grupo importante de personas, de manera independiente a la formación de la pareja (Rosser y Moya, 2001). Es importante apuntar que los varones solteros son aún una clara excepción dentro del grupo (Dávalos, 2002).

El segundo dato relevante que expone Dávalos en su estudio es que un 16,8% de las familias que solicitaron una adopción internacional ya tenían hijos biológicos por lo que su motivación principal no era vivir la experiencia de la paternidad lo que supone otro cambio radical en los perfiles clásicos del adoptante.

Detrás de la existencia de hijos biológicos en la familia se esconden realidades y motivaciones muy distintas. Por un lado, se vuelve a dar entre algunas de estas familias la incapacidad o especial riesgo para tener más hijos biológicos por lo que se recurre a la adopción como vía para aumentar la familia. Muchas de estas familias pueden estar incluidas en el 68,4% de las que sólo tenían un hijo biológico en el momento de realizar su solicitud. Frente a este dato, un 8,1% de las familias con hijos biológicos ya tenían tres o más cuando decidieron adoptar.

Por otro lado se muestra una gran variabilidad en las edades de los hijos biológicos entre estas familias que abarcan un rango entre los cero y los veintinueve años. El gran contingente de solicitantes cuyos hijos han alcanzado y superado la mayoría de edad nos puede estar hablando de familias con el “nido vacío” como un nuevo perfil de solicitantes de adopción (Merguici, 1991) alcanzando los solicitantes edades de hasta 61 años entre ellas y 67 años entre ellos (Dávalos, 2002).

La adopción también puede estar siendo una opción para compartir la paternidad en las familias reconstituídas que, por razón de su edad, no pueden o no se

atreven a intentarlo por la vía biológica. En un 15% de las familias con hijos biológicos previos estos hijos eran sólo de uno de los cónyuges (Dávalos, 2002)

Incluyendo a todos los tipos familiares (con o sin hijos, monoparentales o biparentales) es muy destacable el contingente de solicitantes que adoptan como vía de solidaridad con los niños necesitados o desde el deseo de abrir su hogar a un niño que lo pueda necesitar (Merguici, 1991). Los datos de Dávalos (2002) revelan que un 8% de las solicitudes de adopción internacional tuvieron entre sus motivos principales un deseo de ayuda y un 2% manifestaron que esta era su motivación principal anterior al deseo de paternidad o maternidad.

Por último, encontramos la nueva posibilidad de las parejas homosexuales para solicitar la adopción de manera conjunta sin ser rechazados por su condición sexual, lo que amplía aún más el abanico de solicitantes de adopción con un alcance todavía por determinar.

1.3.3. DESPROTECCIÓN DE LA INFANCIA EN ALGUNOS PAÍSES

Parece, existir una relación inversamente proporcional entre el índice de riqueza de un país y su índice de natalidad (Bartholet, 1993a). Este hecho, sumado a la violación sistemática de los derechos humanos, la desestructuración de sociedades antes altamente estructuradas y las deficientes estructuras y políticas de protección a la infancia en algunos estados hacen que haya muchos niños en el mundo necesitados de un entorno familiar que, en sus países, difícilmente les puede ser ofrecido.

Es muy difícil hacer una estimación de cuántos niños hay en el mundo en condiciones de ser adoptados y que necesiten serlo internacionalmente. En un estudio de UNICEF (2002) se estima que hay en el mundo en torno a nueve millones y medio de huérfanos dobles (de padre y madre) la mayoría de ellos cuidados por su familia extensa. El informe MONEE “Una década en transición”(UNICEF, 2001) calcula que en Europa del Este y la antigua URSS alrededor de un millón y medio de menores (0-18 años) necesitaron protección y de ellos casi un millón se encontraba en cuidado residencial en 1999. De estos niños menos de un 10% son menores que no tienen padre ni madre (Cantwell, 2003).

RELACIÓN INVERSAMENTE PROPORCIONAL ENTRE EL ÍNDICE DE NATALIDAD Y EL ÍNDICE DE RIQUEZA DE LOS PAÍSES

La pobreza es una de las principales causas del auge de la adopción internacional ya que es una de las principales causas de abandono de menores. La pobreza afecta particularmente a los menores porque afecta más a menudo a los niños y porque la ausencia de gasto público en salud, educación y servicios sociales tienen efectos desproporcionadamente mayores en los niños (y en la capacidad de sus familias

de atender a sus necesidades) que en la población general. Además, haber vivido la pobreza durante la infancia promueve desarrollos vitales que “perpetúan la pobreza y la desventaja en las generaciones subsiguientes” (Carter, 2000).

En palabras de UNICEF la “*demanda estructural de niños para la adopción en los países de renta alta ha podido satisfacerse gracias a la oferta estructural de niños disponibles para la adopción en países de renta baja*” (UNICEF, 1999, pag:2-3).

El lenguaje economicista irrumpe en la adopción y hace plantearse el tema según las leyes del mercado (UNICEF, 1999; Van Loon, 1993) “*Si los bebés del Tercer mundo son reciclados de la miseria de sus países de origen hacia un cariñoso hogar de clase media del primero, es un arreglo perfecto que demuestra mejor que cualquier fórmula económica liberal la magia del mercado en pleno funcionamiento: la ley de la oferta y la demanda en acción corrigiendo un trágico desequilibrio*” (Van Loon, 1993, pg. 230). Ciertamente, la ambigüedad presente en los procesos de adopción internacional que, por un lado, son quizás el último recurso para un niño y, por otro, pueden ser valorados desde perspectivas macroeconómicas, no puede ser obviada y merecería un análisis en profundidad por parte de todos los profesionales que trabajan en este campo.

DESESTRUCTURACIÓN DE SOCIEDADES ALTAMENTE ESTRUCTURADAS

No sólo debemos contemplar la pobreza de la infancia en términos económicos sino de desestructuración social y, en especial, de la desestructuración de los sistemas de apoyo familiar derivados de esta.

Inicialmente la historia de la adopción internacional estuvo ligada a las situaciones de crisis humanitarias y, en especial, a las guerras (Adroher, 1998). En la actualidad parece comúnmente aceptado que la adopción internacional no debe ir de la mano de estas situaciones, al menos a corto plazo, hasta que se asegure que los menores están efectivamente desprotegidos lo cual es difícil mientras subsiste la crisis (Servicio Social Internacional, 2004).

En Latinoamérica hemos podido contemplar a partir de los años ochenta, los devastadores efectos que tiene el éxodo rural, la rápida urbanización en las sociedades empobrecidas y la pérdida de los referentes vitales que se le asocian (Saclier, 1996; UNICEF, 1999). Esto hace que la familia extensa que tradicionalmente se hacía cargo del cuidado de los menores ante una eventual situación de desprotección, ya no tenga la posibilidad de cumplir estas funciones. También la emigración del campo a la ciudad y la lucha por la subsistencia en un medio desconocido es una situación enormemente estresante para las familias y que, en ocasiones, les hace descuidar o desempeñar pobremente sus funciones parentales.

Durante los años noventa, la desestructuración social de los países del bloque soviético tras la caída del muro de Berlín también se ha reflejado de manera muy cruda en la situación de la infancia. La inflación, el desempleo y el recorte en las ayudas sociales ha afectado especialmente a las familias más pobres y a su capacidad de cuidar a

sus menores (Carter, 2000; Dickens, 1999). En Europa del Este y la antigua Unión Soviética unos cincuenta millones de niños y niñas vive por debajo del umbral de la pobreza tras la caída del régimen comunista (Carter, 2000) y muchos de ellos han tenido que ser institucionalizados. Por ejemplo, en Rumania, en los siete años siguientes a la caída del régimen de Ceaucescu en diciembre de 1989, las tasas de institucionalización infantil aumentaron hasta un 60% de manera que un 1% de la población menor de tres años vivía en instituciones y que cerca de un 7% de todos los menores del país habían pasado por algún tipo de cuidado residencial alguna vez en su vida.

En la primera década del siglo XXI estamos asistiendo a la desestructuración de la familia africana y con ello a su principal sistema de protección de menores. El concepto amplio de familia africana y la pervivencia de las estructuras tradicionales en las extensas áreas rurales del África subsahariana había hecho que muy pocos menores africanos estuvieran efectivamente desprotegidos a pesar de ser el continente económicamente más deprimido y de tener altas tasas de natalidad (Adroher, 1998). Pero la capacidad de la familia extensa de proteger a los menores se está viendo importantemente superada por los efectos devastadores que el SIDA está teniendo en este continente (UNICEF, 2002).

POLÍTICAS DEFICIENTES DE PROTECCIÓN DE MENORES EN DETERMINADOS ESTADOS

Sin embargo, los factores demográficos y económicos no son los únicos determinantes. Los países que resuelven más solicitudes de adopción internacional no son países con índices demográficos exagerados por lo que las causas hay que buscarlas también en las políticas sociales y de protección a la infancia (Adroher y Assiego, 2001). Incluso en países con tasas de natalidad y densidades de población altísimas como China, el factor político es determinante ya que no se podría dar la adopción internacional en las dimensiones en las que se da si no fuera por la política de un solo hijo.

En la mayoría de estos países faltan políticas de apoyo y reunificación familiar y, en ocasiones, un marco jurídico adecuado que promocióne alternativas a la institucionalización aún cuando la existencia de residencias madre-hijo, de guarderías para recién nacidos o de ayudas económicas para las mujeres con cargas familiares no compartidas reduciría muy considerablemente el número de niños entregados en adopción (Adroher y Assiego, 2001; Ferrándis, 2003).

Por otro lado, en muchos países se da prioridad a la adopción internacional sobre otras medidas como la adopción o el acogimiento nacionales violando el principio de subsidiariedad que debiera regir estos procesos. La adopción internacional es, en este sentido, consecuencia de la falta de soluciones nacionales pero también causa de las mismas. Esta prioridad de la adopción internacional sobre la nacional se sustenta en que cada niño que sale del país es un ahorro para el estado, en que muchos trabajadores sociales prefieren soluciones internacionales para sus niños porque conside-

ran que estarán mejor en el mundo desarrollado (Dickens y Serghi, 2000; Nabinger, 1991), porque los profesionales más competentes y formados van a trabajar a agencias de adopción internacional debido a sus mejores condiciones y sueldos y, en ocasiones, porque las políticas de protección de menores a nivel nacional se sostienen económicamente por los propios procesos de adopción internacional (Dickens, 2002).

Algunos países como la India o en su momento Rumania han tenido que poner límites a la adopción internacional para garantizar el principio de subsidiariedad, autorizando un número determinado de adopciones internacionales en función de las medidas de carácter nacional que se hayan promovido desde las instituciones. El hecho de que se encuentren soluciones que antes resultaban impensables subraya la tremenda presión que ejerce la adopción internacional sobre estos países.

La deficiencia en las políticas de protección de menores de los estados también puede tener el efecto inverso sobre la adopción internacional: así, niños efectivamente adoptables no son adoptados porque viven en sociedades sin los recursos procedimentales, jurídicos o económicos o sin el objetivo de establecer su adoptabilidad (Ferrándis, 2003).

LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL COMO CAUSA DE LA DESPROTECCIÓN DE LA INFANCIA

Parece que, siguiendo el símil de UNICEF sobre la oferta y la demanda, la demanda ha superado a la oferta si consideramos a dónde van dirigidas la mayoría de las solicitudes de adopción (niños muy pequeños, sanos y en muchos casos de características étnicas similares a las de los futuros padres adoptivos) (Ferrándis, 2003).

“Hay muy buenas bases para sostener que, en cuanto se refiere a niños pequeños en buena salud, las solicitudes para adopción parecerían exceder el número de niños adoptables, a pesar de que sería indudablemente imposible a estas alturas estimar una tasa precisa en este aspecto. Sin embargo lo contrario parece ser cierto con respecto a los niños considerados como “difíciles de colocar”, para los que de verdad hacen falta padres adoptivos adecuados²” (Cantwell, 2003)

La existencia de solicitantes con certificados de idoneidad y el estancamiento de sus expedientes supone un verdadero colapso y una presión eficaz para los países de origen hacia la declaración de adoptabilidad de los niños (Ferrandis, 2003). Esto unido a la tendencia a pensar que el certificado de idoneidad es un certificado del derecho a tener un hijo nos lleva a la gran paradoja de la adopción internacional: la realidad de niños que son declarados abandonados sin las suficientes garantías, que pierden a su familia (presión sobre las madres, compraventa, secuestro) o incluso que son concebidos (granjas de niños) por el mero hecho de que hay personas dispuestas a adoptarlos o para aprovisionar las redes de adopción inter-

² Traducción de la autora.

nacional de menores (Ngabonziza, 1988; Ngabonziza, 1991; Saclier, 2000; Triseliotis, 2000; UNICEF, 1999). En definitiva, en ocasiones es la propia adopción internacional la que “crea huérfanos” (Canwell, 2003).

Toda esta situación hace que se haya levantado una gran controversia en torno a los beneficios y peligros de la adopción internacional que es vista por unos como una forma de explotación de los pobres por parte de los ricos, mientras que para otros la adopción internacional es una forma particularmente positiva de adopción que vincula unos mundos con otros y les ayuda a apreciarse mutuamente (Bartholet, 1993). Cualquiera que sea la postura, está comúnmente aceptado que, a corto plazo, la adopción internacional es, para los niños sin hogar de los países pobres, la única oportunidad realista de crecer en un hogar y tener una familia.

1.3.4. ESTABLECIMIENTO DE CAUCES JURÍDICOS Y ADMINISTRATIVOS

El proceso de adopción internacional en los años 70 y 80 era un proceso sencillo y prácticamente privado en el que los padres se dirigían a un intermediario del país de origen que tenía contactos con madres solteras, orfanatos, hospitales y hogares infantiles y que organizaba, a cambio de una gratificación económica, los trámites necesarios para la adopción (Hendriks, 1995).

Esta falta de regulación de los procedimientos llevó, en muchos casos, a la subversión de los objetivos de la adopción convirtiendo la adopción de niños en un lucrativo negocio en el que no se respetaban los derechos del menor y en el que, la presión económica, ejercía un poderoso influjo sobre los agentes de protección y los padres biológicos, convirtiendo la adopción internacional en tráfico de niños sin que las administraciones pudieran hacer mucho para evitarlo.

El resultado de estos procesos de dudosa legalidad y de la creciente presión de las solicitudes sobre los sistemas de protección a la infancia de los países de origen llevó a la complicación de los procesos de adopción con el fin de asegurar las garantías jurídicas necesarias para todos los intervinientes en el proceso.

Podemos resumir la evolución de la normativa al respecto en tres pasos fundamentales dados a nivel internacional y ratificados posteriormente por España.

a) Declaración de Naciones Unidas sobre los Principios Sociales y Jurídicos Relativos a la Protección y el Bienestar de los Niños, con Particular Referencia a la Adopción y la Colocación en Hogares de Guarda en los Planos Nacional e Internacional de 1986 (DNU)

Esta Declaración destaca la importancia de evitar que se pasen por alto los intereses del menor y que se cometan delitos o se obtengan beneficios económicos adicionales en la tramitación de adopciones en la adopción internacional. En ella se establece la adopción internacional como recurso subsidiario de protección de

menores de manera que sólo cuando el menor no pueda ser cuidado adecuadamente en su país de origen, en un hogar de guarda o en adopción, se podrá considerar para él la adopción internacional.

b) Convención de Naciones Unidas sobre Derechos del Niño de 1989 (CDN)

Esta convención fue una verdadera revolución en el reconocimiento del niño como sujeto de derechos. En ella se establecen los principios básicos en la toma de decisiones sobre la adopción a nivel internacional estableciendo que el interés superior del niño debe ser la consideración primordial en cualquier adopción y la importancia de ser estrictos en el cumplimiento de las normas y los procedimientos establecidos (art. 21). UNICEF (1999) destaca la importancia de este artículo ya que es el único precepto de la CDN donde el interés superior del niño es “*la consideración primordial*” y no sólo una de ellas.

Otros aspectos de la CDN que tienen importantes repercusiones en la adopción internacional son el reconocimiento del derecho de los niños a “*en la medida de lo posible conocer a sus padres y ser cuidado por ellos*” (Art. 7), el derecho de los niños a tener una identidad definida por un nombre, una nacionalidad y unas relaciones familiares, y a ser protegidos contra la privación ilícita de dicha identidad (Art. 8), el derecho a ser escuchado y tenido en cuenta en los procesos que le afecten (Art. 12) y el derecho a la “*continuidad en la educación del niño, y a su origen étnico, religioso, cultural y lingüístico*” en la medida de lo posible, cuando se vaya a considerar un cuidado alternativo para él (Art. 20.3). La CDN también impulsó el compromiso de los Estados Parte en la prevención y persecución del secuestro, la venta o la trata de niños (Art. 35).

c) Convenio de la Haya de 1993 relativo a la Protección del Niño y a la Cooperación en Materia de Adopción Internacional (en adelante Convenio de La Haya de 1993)

El Convenio de la Haya de 1993 (ratificado por España el 1 de agosto de 1995) es un instrumento de cooperación internacional basado en un sistema de colaboración entre autoridades centrales de los distintos países firmantes cuyos objetivos fundamentales son: a) garantizar que las adopciones internacionales respeten el superior interés del niño y los derechos que le son reconocidos internacionalmente b) prevenir el tráfico, los abusos y las irregularidades en la adopción de niños de origen extranjero y c) asegurar el reconocimiento por parte de los Estados de las adopciones realizadas de acuerdo al Convenio.

Para ello se constituyen unas autoridades centrales en los estados de origen y de recepción que han de responsabilizarse y garantizar al otro país, desde el ini-

cio de la tramitación, de que los solicitantes son idóneos para adoptar y que el niño está en condiciones de ser adoptado respectivamente. La Autoridad Central está descentralizada en España, asumiendo este papel el organismo encargado de la protección de menores en cada Comunidad Autónoma. En el caso de la Comunidad de Madrid, la Autoridad Central es el Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF), organismo dependiente de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. En algunos aspectos de comunicación, también actúa como autoridad central la Dirección General de Acción Social del Menor y de la Familia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS).

También el Convenio introduce y define la figura de las Entidades Colaboradoras de Adopción Internacional (ECAIs), entidades sin ánimo de lucro en las que la Autoridad Central delega algunas de sus atribuciones para la agilización de los procesos de adopción. La regulación de las ECAIs entró en vigor en la mayoría de las autonomías en 1997 pero hasta 1998 no se produce la verdadera eclosión de las mismas. En la Comunidad de Madrid había en 2004 16 ECAIs acreditadas. El 72% de los procesos tramitados en 2001 fueron a través de ECAI (Berástegui, 2003).

El objetivo final del Convenio de la Haya de 1993 es garantizar que los procesos estén prefijados y sean predecibles y, ante todo, que estén regidos por el supremo interés del menor (Adroher y Assiego, 2001, pg. 13). Sin embargo, la eficacia del convenio en garantizar el supremo interés del menor ha sido cuestionada (Dickens, 2002). Uno de sus problemas es que es un convenio inter-partes por lo cual, no se puede aplicar cuando un español quiere adoptar un menor en un país que no es firmante o que no ha ratificado dicho convenio. Del total de adopciones internacionales realizadas en la Comunidad de Madrid en 2001, sólo el 24% se efectuó en países firmantes del Convenio de la Haya (Ferrándis, 2003).

En cualquier caso, el procedimiento previsto en el Convenio se está adoptando con carácter general en todas las adopciones realizadas en España, como queda establecido en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (BOE 17.01.2001). Esta ley ha logrado equiparar el tratamiento de las adopciones nacionales a las internacionales en la exigencia de valoración de la idoneidad previa al resto de los trámites de adopción de manera que, con independencia del país en el que se produzca la adopción y de si éste es o no firmante del Convenio de la Haya, una adopción constituida en el extranjero no será reconocida ni tendrá efectos en España si no se ha obtenido el Certificado de Idoneidad de manera previa a la adopción.

1.3.5. CAMBIO EN LA IMAGEN SOCIAL DE LA ADOPCIÓN

El cambio en la imagen social de la adopción se ha promovido, por un lado, por el papel de los medios de comunicación social que han presentado la adop-

ción internacional como la única solución para algunos niños y, por otro, por la realidad cotidiana que se vive en nuestras calles en las que cada vez es más frecuente ver familias multirraciales o tener un amigo, familiar o compañero de trabajo que ha adoptado internacionalmente.

Los medios de comunicación social transmiten muy a menudo impactantes imágenes sobre la terrible situación que vive la infancia en muchas zonas del planeta en las que, en ocasiones, se sugiere la adopción como posible solución (Hendriks, 1995; Hoksbergen, 1991b). Estas imágenes generan reacciones emocionales muy fuertes en los espectadores que frecuentemente no van acompañadas de una reflexión sobre las necesidades de la infancia y las posibles formas de cooperación y de un conocimiento realista sobre la realidad de la adopción (Montané, 1996).

Un ejemplo paradigmático de la influencia de los medios es la emisión en Televisión Española, el 18 de Enero de 1996, de un programa especial sobre adopciones titulado “Los orfanatos de la muerte”. Tras la emisión de los documentales sobre la situación de los orfanatos chinos se recibieron 3.666 llamadas en el transcurso de una hora y media. El 90% de ellas pedían información sobre cómo iniciar los trámites de adopción internacional (Abelló, 1997).

Otro ejemplo sería el efecto que tuvieron los medios de comunicación social en la adopción en Rumania a nivel internacional. Tras mostrar en la televisión las condiciones de vida en los orfanatos rumanos tras la caída del régimen de Ceaucescu se produjo una afluencia masiva de ayuda extranjera, alguna en forma de ayuda material de emergencia para los orfanatos, la mayoría buscando adoptar uno o más niños aún cuando la mayoría de los niños que permanecía en los orfanatos no eran ni huérfanos ni adoptables lo que, en parte, movilizó las redes ilegales de tráfico de niños (Dickens, 2002).

Al margen de los golpes mediáticos puntuales, también encontramos cierta normalización de la adopción internacional en los programas de la televisión y en la vida cotidiana de los personajes del corazón que tanta cuota de pantalla ocupan aunque, en muchas ocasiones, la realidad que se transmite no conjuga bien con una cultura de los derechos del niño en la adopción.

Un grupo de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona realizó en 1996 un estudio sobre la imagen social de la adopción internacional en 145 personas no relacionadas directamente con ésta. En ella se destaca que el 65% de los entrevistados conocen a alguna persona adoptada. Ante la pregunta de qué harían si no pudieran tener hijos biológicos, un 29% contesta que se dirigirían a la adopción sin intentar previamente ninguna técnica de reproducción asistida. En el caso de adoptar el 87% se acogería a la adopción internacional lo que nos da una idea de la enorme aceptación social de este tipo de adopción en nuestra sociedad (Armengol y cols., 1996).

1.4. ESPECIFICIDAD DE LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL

En primer lugar, para entender la realidad que sujetamos a estudio debemos definir el significado de la adopción para luego pasar a ver cómo el adjetivo internacional la limita y redefine.

En el ámbito psicosocial se entiende por adopción la crianza de un menor al que no se está unido por lazos biológicos y su integración en la propia familia. Para que esta integración sea efectiva a nivel social es refrendada por un acto social y jurídico que sitúa al menor como hijo no sólo en el ámbito intrafamiliar sino frente a la sociedad y la ley. En este ámbito legal, la adopción se define como “el acto jurídico en cuya virtud se establece entre el adoptante y el adoptado una relación jurídica semejante a la paterno-filial” (Lacruz y cols., 1997, pg. 539).

En nuestro derecho, el Código Civil vigente (Ley 21/1987 de 11 de Noviembre) dispone que “la filiación puede tener lugar por naturaleza y por adopción” (artículo 108.1) surtiendo ambas los mismos efectos (artículo 108.2) por lo que no estaríamos ante una relación semejante a la paterno-filial sino ante una relación jurídica paterno-filial en toda su extensión.

Al convertirse el adoptado en hijo del adoptante, éste se convierte en miembro de su familia plenamente, creando parentesco no sólo entre ambos sino entre el adoptado y toda su descendencia y el adoptante y toda su parentela (Albadalejo, 2002). Por lo tanto, adoptar en España equivale a integrar en una familia (en calidad de hijo del adoptante) a alguien que no pertenece a ella por razones de consanguinidad o descendencia, creando una relación de parentesco basada en el propio acto de la adopción.

Al mismo tiempo, y como consecuencia de la integración plena en la nueva familia, la adopción (tal y como es entendida por el ordenamiento jurídico vigente) tiene por efecto el cese de la relación de parentesco entre el adoptado y los miembros de su familia anterior (art.178) cesando los derechos y deberes del adoptado con respecto a su familia anterior y de ella respecto de él³.

“Adopción internacional” es aquella en la que, residiendo el adoptado en un Estado es trasladado a otro en el que residen él o los adoptantes con motivo del establecimiento de la relación adoptiva. Si bien existe una concepción más amplia

³ Las únicas excepciones a la extinción de la relación entre el adoptado y su familia de origen son la persistencia de los impedimentos matrimoniales que tenía por razón de parentesco (art.178.3) y que “subsistirán los vínculos jurídicos con la familia paterna o materna, según el caso: -1.º Cuando el adoptado sea hijo del cónyuge del adoptante, aunque el consorte hubiera fallecido.-2.º Cuando sólo uno de los progenitores haya sido legalmente determinado y el adoptante sea persona de distinto sexo al de dicho progenitor, siempre que tal efecto hubiere sido solicitado por el adoptante, el adoptado mayor de doce años y el padre o madre cuyo vínculo haya de persistir”. Este segundo supuesto de adopción por parte del cónyuge del progenitor biológico se podría tratar, en el ámbito psicosocial, de manera independiente y no será objeto de análisis en nuestro estudio.

según la cual una adopción es internacional cada vez que alguno de los elementos de la relación adoptiva tiene una nacionalidad distinta a la española (Adroher, 1998; Adroher y Assiego, 2001; Bouza, 1987; UNICEF, 1999) (concepción que abarcaría la adopción de hijos de inmigrantes en nuestro país) la investigación que se presenta, por el contrario, se centra en la primera concepción por implicar un marco normativo, procedimental, social y evolutivo diferente y por ser el criterio tomado en consideración en el Convenio de la Haya.

Si bien el fenómeno básico de la adopción es el mismo para la adopción nacional y para la internacional hay tres realidades muy importantes que exigen que se estudien de manera independiente: las diferencias en el proceso, las diferencias culturales y en ocasiones también étnicas que coexisten en el seno de la familia y las diferentes condiciones de partida de los menores susceptibles de adopción en nuestro país y en los principales países de origen de los niños adoptados internacionalmente.

1.4.1. PROCESO

Una de las principales diferencias con la adopción nacional radica en la mayor complejidad cuantitativa y cualitativa del proceso (Rubio, 2001) tanto por el mayor número de pasos a seguir como por el mayor número y diversidad de agentes implicados en la toma de decisiones con respecto a la adopción.

A continuación se presenta un breve análisis de los pasos necesarios para adoptar internacionalmente y de los posibles agentes implicados en cada uno de los pasos, especialmente centrados en los procesos desde la Comunidad de Madrid, para situar al lector en el lenguaje y el entramado de la adopción internacional⁴.

INFORMACIÓN

Generalmente es largo el camino que recorren los solicitantes de adopción de manera previa al inicio del proceso. Muchas veces se obtiene información y apoyo a través de canales informales de comunicación como son familias que ya han vivido la experiencia, páginas web y listas de distribución en internet para solicitantes de adopción, intercambios a través de los que se va forjando la decisión de iniciar formalmente el proceso de adopción.

⁴ Para una revisión en profundidad de estos aspectos acudir a Adroher y Assiego (2001); Sariago (2000); En Rubio (2001) se describe pormenorizadamente los objetivos y el proceso en la Comunidad de Madrid desde su lugar de técnico del área de adopciones. También distintas asociaciones de padres, ECAIS y páginas web detallan el proceso de adopción internacional para determinados países y los requisitos de cada uno de sus pasos (p.ej. China: www.aci.es; India: www.adopin-dia.es). Por último, asociaciones internacionales como el SSI detallan el marco ético y las orientaciones prácticas necesarias para que cada paso del proceso tenga en cuenta el supremo interés del menor (www.iss/ssi.com).

En la Comunidad de Madrid, el primer paso oficial del proceso de adopción internacional es la reunión informativa. El IMMF organiza reuniones para un máximo de 25 solicitantes, de unas dos horas de duración a las que se asiste con cita previa. En estas reuniones los técnicos del IMMF informa sobre los objetivos de la adopción internacional, la filosofía del interés del menor que subyace a todo el proceso, las vías de la tramitación de un expediente de adopción internacional en la Comunidad de Madrid, los distintos requisitos y pasos que tendrán que superar para adoptar y las entidades implicadas en cada paso. También se informa sobre algunos aspectos psicosociales de la adopción en general y de los menores susceptibles de ser adoptados en particular y de los principales países de origen de los menores.

El objetivo de esta sesión es que las familias valoren, de manera previa al inicio del expediente, si la adopción internacional es una alternativa adecuada a sus expectativas. Más del 50% de las personas que acuden a esta reunión no formalizan la solicitud de adopción (Rubio, 2001), paso que se realiza tras la reunión informativa.

SELECCIÓN

Las personas que, tras la reunión informativa, decidan continuar el proceso de adopción internacional, deberán pasar por el proceso de selección que se inicia con la presentación de la solicitud de adopción y culmina con la obtención o no del certificado de idoneidad.

Este es probablemente el paso al que mayor prioridad se ha dado desde la perspectiva de la protección de la infancia. El deseo de los adoptantes es el inicio de la adopción pero, por sí solo, no constituye garantía de beneficio para el niño ni la adecuación de los padres a las necesidades del menor (Montané, 1996).

Podemos afirmar que el proceso de selección tiene un triple objetivo:

- a) Facilitar a los padres el encuentro de sus expectativas con la realidad de la adopción y tomar una decisión en consecuencia, de manera que puedan confrontar el niño que imaginan con la situación real de los niños disponibles para la adopción en el extranjero.
- b) Garantizar frente al país de origen en la medida de lo posible, que la familia tiene las capacidades y recursos y el deseo informado de asumir la paternidad adoptiva con las especiales características de la adopción internacional (Montané, 1996). En palabras del Servicio Social Internacional (SSI) el proceso de selección en el país de acogida deberá garantizar que:

“las personas a las que se les confiará un niño en adopción son capaces de asumir, de manera duradera y satisfactoria, la realidad de un niño que le es extranjero, llega con una vivencia anterior que tiene que ser tenida en cuenta y respetada, en la

mayoría de los casos ha vivido situaciones traumáticas, tales como la muerte o la incapacidad de los padres para encargarse de él, una inestabilidad de sus vínculos con los adultos, una institucionalización prolongada, privaciones, etc., lo que crea necesidades específicas y es una fuente potencial de problemas particulares; y es portador de una cultura, un idioma, unos rasgos físicos y un comportamiento diferentes” (SSI, 2004, pg. 13).

- c) Obtener y ofrecer una información completa y extensa sobre las características de la familia que sirva de referencia a los profesionales encargados de buscar una familia para cada niño (“*matching*”⁵)

Son varios los modelos que se han propuesto desde la práctica profesional y la investigación para realizar mejor este proceso, y que se sitúan en un continuo desde la pura evaluación psicopatológica y selección de los padres hasta la preparación de los padres tras lo cual se espera que ellos mismos se autoseleccionen⁶.

El modelo que actualmente utiliza la Comunidad de Madrid es un proceso de preparación-selección en el que, por un lado, se ayuda a los padres a comprender y valorar las demandas que tendrá el proceso de adopción en relación con sus recursos en una fase de formación y, en un segundo momento, se evalúa a la familia en base a unos criterios generales de idoneidad.

Formación

En la actualidad la preparación preadoptiva es un paso obligatorio para la obtención del certificado de idoneidad en la Comunidad de Madrid⁷. El objetivo fundamental es que los grupos faciliten el autoconocimiento de la familia de sus expectativas, límites y deseos y acerquen su proyecto de adopción a la realidad de las familias adoptivas y de los menores susceptibles de ser adoptados. Los objetivos específicos son: autoexplorar la motivación, los temores y fantasías con relación a los menores, y conocer, entender y asumir las diferencias entre la paternidad biológica y la adoptiva, las características bio-psico-sociales de los menores, la historia previa de los niños y las posibles dificultades de adaptación.

Una buena preparación ayuda a los solicitantes de adopción a decidirse sobre el proyecto adoptivo y protege el interés del menor en la medida que prepara a

⁵ Se ha usado el término anglosajón “*matching*” en lugar de emparejamiento por ser el término más usado en el ámbito de la adopción. Se refiere al proceso por el cual se propone a unos solicitantes de adopción ya declarados idóneos la adopción de un niño declarado adoptable.

⁶ Para una revisión en profundidad de los diferentes modelos de selección/valoración ver Amorós, 1987 o Triseliotis, 1994.

⁷ La formación comenzó a ser prescriptiva para la obtención del certificado de idoneidad en el año 2001 por lo que parte de la población a la que se dirige nuestra investigación empírica no ha recibido esta formación obligatoria y reglada.

los padres para acogerlo tal cual es y acompañarlo durante todo su desarrollo por lo que el SSI (2004) concluye que es una medida “en interés de toda la familia”

Estudio psicosocial

Es el momento de valorar desde fuera (tras la autovaloración que supone la formación preadoptiva) la disposición y capacidad de los solicitantes para incorporar a su familia a un menor de los que son efectivamente adoptables en el extranjero. La ley 6/95 de Garantías de los Derechos de la Infancia y la adolescencia de la Comunidad de Madrid propone como requisitos básicos a valorar en el informe que la familia tenga medios de vida estables y suficientes, una salud física y psíquica que no dificulte el cuidado del menor, en el caso de parejas, un mínimo de tres años de convivencia, la existencia de una vida familiar estable y activa y de un entorno familiar favorable a la integración del menor. Por otro lado hay que valorar que la eventual infertilidad no interfiera en la acogida del menor, que los solicitantes no tengan en su historia personal episodios que impliquen riesgo para su integración, que tengan la capacidad de cubrir las necesidades de todo tipo de niño, flexibilidad de actitudes y adaptabilidad, comprensión del punto de vista del menor y respeto por su historia y, por último, una actitud positiva hacia la formación y la búsqueda de apoyo técnico.

Para realizar este estudio las familias pueden dirigirse, desde 1996 o bien a los profesionales del IMMF o bien a los del Turno de Intervención Profesional de Adopción Internacional (TIPAI). En el caso de tomar esta segunda opción la realización del informe no es gratuita pero los profesionales se comprometen a realizarlo como máximo en un mes por lo que suele ser una opción muy aceptada por los solicitantes; en el año 2000 se estima que el TIPAI es responsable de más del 80% de los estudios (Rubio 2001).

En este momento también se debe confirmar el país elegido ya que los informes se realizan para un país en concreto según las directrices de dicho país.

Certificado de idoneidad

El informe psicosocial deberá incluir una propuesta técnica de idoneidad o no idoneidad que no es vinculante pero el certificado de idoneidad suele ser coincidente con esta valoración.

Es la Comisión de Tutela del Menor (órgano del IMMF) la que tomará la decisión sobre la capacidad adoptiva (idoneidad) de los solicitantes de adopción en los términos en que estos se han ofrecido para adoptar y emitirá o no el correspondiente Certificado de Idoneidad. Es a partir de este momento cuando, si el informe es de aceptación, puede procederse a la tramitación y envío del expediente al país elegido por la familia.

Según las directrices elaboradas desde el SSI (2004), el informe de idoneidad incluirá, en la medida de lo posible:

1. Los motivos por los que los solicitantes han sido considerados idóneos para la adopción internacional.
2. Una síntesis de las informaciones psicológicas médicas y sociales de los solicitantes y su entorno, recogidas durante el proceso de entrevistas.
3. El expediente administrativo o jurídico relativo a su identificación y estado civil.
4. Unas fotos de la familia.
5. Una descripción sobre las expectativas de los solicitantes sobre la adopción.
6. Una evaluación sobre los elementos positivos que pueden aportar al niño un marco de desarrollo satisfactorio en el que integrarse y una evaluación de las limitaciones que podrían comprometer dicha integración.
7. Una evaluación de la capacidad de la familia para cuidar de manera duradera a un menor que puede no identificarse con la imagen que la familia tiene de él.
8. Orientación sobre el tipo de niño que la familia parece capaz de criar (comportamiento, carácter, edad, particularidades, grupos de hermanos...).
9. Cualquier otra información que pueda ayudar a realizar un “*matching*” en interés del niño y de la familia adoptiva.

Quizás la mayor dificultad que se presente a los técnicos a la hora de certificar la idoneidad es tener una imagen clara del menor que va a serle ofrecido a la familia para la adopción.

TRAMITACIÓN

La fase de tramitación es quizás la más afectada por las diferencias jurídicas y procedimentales existentes entre los diversos países. Esta tramitación se podrá realizar a través de ECAI o bien de manera independiente (haciendo de intermediario para el envío del expediente al organismo oficial del país de origen, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) sabiendo que hay países en los que es obligatoria la tramitación a través de ECAI y otros que, por el contrario, prohíben la intermediación de entidades colaboradoras^c.

A los futuros padres adoptivos esta fase les suele resultar tediosa y suele vivirse con gran ansiedad. Aceptar procedimientos, cumplimentar formularios y recabar documentos, legalizarlos, traducirlos y autenticarlos con el consiguiente coste en tiempo y en dinero no se viven como las sucesivas etapas para realizar su

⁸ Cuando no haya ninguna acreditada para el país en cuestión en la Comunidad de Madrid también se puede tramitar desde una ECAI de otra Comunidad Autónoma.

proyecto adoptivo sino como interferencias o como “*inútiles obstáculos*” (Merguici, 1991; p. 72). Sin embargo “*el tiempo de espera en la adopción tiene un significado que va más allá de las lentitudes burocráticas y puede, bien empleado, servir a la pareja para verse como padres del niño que esperan*” (Merguici, 1991; p. 75)

LA ASIGNACIÓN

Una vez enviado el expediente y recibido y registrado por la Autoridad Central del país de origen del menor se procede a realizar la asignación del menor. Para ello, este organismo cuenta, previamente, con todos los menores que han sido considerados adoptables de manera previa e independiente a la recepción del expediente de la familia en cuestión. Para realizar la asignación, la entidad competente procede a realizar un estudio de compatibilidad o *matching* para elegir con qué familia se colocará a cada niño pendiente de ser adoptado internamente. Una vez elegida una familia para el menor, la autoridad remitirá, generalmente a través de la ECAI o de la Autoridad Central del país de acogida, un informe de preasignación que los solicitantes de adopción tendrán que aceptar de manera previa a la autorización del viaje para formalizar la adopción.

*La adoptabilidad del menor*⁹

La Autoridad Central del país al que se dirigen los solicitantes de adopción es el responsable de garantizar que el niño está en condiciones legales de ser adoptado y que le es conveniente psicológica, médica y socialmente así como que no ha sido posible ofrecerle una alternativa familiar y permanente en su país de origen. El informe de adoptabilidad, según el (SSI, 2004) debería asegurarse e informar de que:

- a) El niño tiene la necesidad de beneficiarse de una familia adoptiva porque no puede ser mantenido o reinsertado en su familia de origen;
- b) El niño tiene la capacidad psicológica y médica de beneficiarse de una familia y el deseo de hacerlo;
- c) El niño es legalmente adoptable, es decir: los padres biológicos han sido debidamente informados sobre las consecuencias de la adopción, han dado su consentimiento con posterioridad al nacimiento, éste ha sido otorgado libremente y sin presiones económicas y el niño ha sido asesorado e informado conforme a su edad y su grado de madurez, de las consecuencias de la adopción y su opinión ha sido tenida en cuenta.

⁹ Consideramos este paso aquí con fines didácticos aunque la adoptabilidad debe declarar de manera previa e independiente al inicio de la tramitación de la adopción en el país de origen.

El "matching"

Es una de las etapas clave para el desarrollo y éxito de la adopción y quizás no se le haya dado la importancia que merece.

Implica la selección de la familia adoptiva más apropiada para un niño determinado teniendo en cuenta la necesidades, características e historia del niño en cuestión (SSI, 2004) y debe realizarse con posterioridad al establecimiento de la adoptabilidad del menor y de la idoneidad de la familia. Es responsabilidad del país de origen del menor pero se basa en los estudios psicosociales que remite el país de acogida. En la medida de lo posible, debería participar un profesional que conozca al niño, un profesional que conozca a la familia seleccionada y representantes de los organismos competentes que intervengan en el proceso de adopción. La realidad es que en la mayoría de los países este "emparejamiento" se hace por orden de lista y en algunos países corresponde a la decisión de los padres adoptivos.

El resultado del proceso de matching debe ser una propuesta de adopción que incluya un informe de preasignación completo sobre las características del menor, su situación actual y las razones por las que se le ha considerado que debe integrarse en una familia concreta.

Recepción y aceptación de la preasignación

Una vez recibida la preasignación y obtenido el visto bueno del IMMF, se da a conocer la preasignación a los padres adoptivos que deben aprobar o no esta decisión en base a la información que se le da que en muchas ocasiones es escasa. Sería deseable que antes de tomar oficialmente la decisión de adoptar haya un encuentro directo e incluso un periodo de conocimiento mutuo entre el niño y la futura familia adoptiva, paso frecuente en adopción nacional pero que es muy raramente dado en adopción internacional.

En caso de aceptar la preasignación, se traslada al país de origen quedando en espera para realizar el viaje para asistir al acto legal (jurídico o administrativo de adopción o guarda).

En caso de no aceptar la preasignación, la familia deberá argumentar por escrito las razones y, en función de estas, el IMMF dará o no el visto bueno para una nueva asignación.

VIAJE

Las legislaciones de los países de origen adoptan criterios distintos en cuanto a quién debe viajar, qué tiempo de estancia es imprescindible pasar en el país para cumplimentar todos los trámites, en qué momento conocerán al menor y cuánto tiempo podrán pasar con él antes de que se constituya formalmente la adopción

(o en su caso el acogimiento preadoptivo). Cabe la posibilidad de que sea necesario realizar más de un viaje.

El encuentro del niño con la familia ha sido descrito por Merguici (1991) como uno de los momentos de mayor intensidad emocional de todo el proceso de adopción. La mayoría de las familias tienden a fantasear con este momento durante todo el proceso de adopción esperando que sea un momento de reconocimiento mutuo y lleno de alegría aunque a veces las diferencias entre estas expectativas y la realidad son acusadas.

Una vez producido el encuentro y constituida la adopción frente a las autoridades del país de origen del menor (que es el modo en el que se constituyen la mayoría de las adopciones internacionales en la Comunidad de Madrid) el único paso administrativo que queda por dar es el reconocimiento de esta adopción y de sus efectos por la autoridad registral española. El reconocimiento de las adopciones tramitadas en países firmantes y que han ratificado el Convenio de la Haya de 1993 es automático salvo que la adopción sea manifiestamente contraria al orden público teniendo en cuenta el superior interés del niño. En países no firmantes del Convenio de la Haya se tiene que garantizar que el organismo ante el que se ha constituido la adopción es competente, que la ley del país ha sido aplicada correctamente y que la adopción constituida es equivalente a la adopción española en cuatro aspectos: que la adopción es plena rompiéndose los vínculos legales con la familia de origen, que los efectos de la filiación adoptiva son equiparables a los de la filiación natural y que la adopción es irrevocable; que la familia es idónea y que la adopción no es contraria al orden público español (Adroher y Assiego, 2001).

Este reconocimiento registral se hace habitualmente en el Consulado Español durante el viaje, lo que haría posible que el menor entrara ya en España con el pasaporte español, aunque también puede realizarse en el Registro Central de Madrid.

SEGUIMIENTO

El seguimiento es un acto psicosocial de acompañamiento de la adaptación familiar pero también es un acto administrativo dependiente de los compromisos realizados por los adoptantes y las autoridades españolas con cada país de origen (en número de informes de seguimiento a remitir y periodicidad de los mismos). Se puede optar por realizar este seguimiento a través de la ECAI que ha tramitado la adopción, a través del TIPAI o a través del IMMF con la diferencia fundamental de que en este último caso los informes son gratuitos y en los dos casos anteriores hay que abonar los servicios.

Probablemente, una de las diferencias más acusadas entre los procesos nacionales e internacionales de adopción es la ausencia de periodo preadoptivo; periodo que se considera imprescindible, especialmente cuando los niños han superado la primera infancia, tanto para los padres que conocen al menor y adecuan sus

expectativas como para el menor que se adaptará paulatinamente a la adopción (Fuertes y Amorós, 1996). Siguiendo el símil de Adroher (1998), en el que equipara la adopción al matrimonio, el periodo preadoptivo sería una suerte de “noviazgo” mientras que en la adopción internacional este periodo se suprimiría creando un “matrimonio concertado”.

En los casos en los que se constituye una tutela en el país de origen para ser posteriormente adoptados en España (como es el caso de India) se pretende crear ese momento preadoptivo pero, realmente, ya hay un consentimiento de adopción y ni la familia ni los profesionales viven este periodo con provisionalidad

1.4.2. CARÁCTER INTERCULTURAL E INTERRACIAL DE LA ADOPCIÓN

Aunque, como ya se ha mencionado, la diferencia intercultural, y en ocasiones interracial, entre padres e hijos ha dejado de ser patrimonio de la adopción internacional, es indudable que cobra especial importancia en el marco de esta y supone un importante reto para las familias que así se conforman.

Un 51,58% de los adoptados internacionales en España durante el año 2003 provenían de países cuya etnia mayoritaria no era la caucásica (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004). Incluso en países del Este de Europa, en ocasiones los menores tienen características físicas muy diferentes a las mayoritarias en España como es el caso de los niños de etnia gitana provenientes de Rumania o de los niños rusos con rasgos asiáticos.

Estas adopciones interraciales han configurado, en gran medida lo que se ha denominado “adopción visible” (Berg-Kelly y Eriksson, 1997), en la que se hace evidente socialmente que el menor no es hijo biológico de los padres adoptantes (Adroher y Berástegui, 2000; Allué, 2000) lo que puede suponer una diferencia importante en el proceso de integración familiar frente a la “adopción invisible” o “desapercibida”. La “adopción visible” expone la situación adoptiva al conocimiento, el juicio y en ocasiones al estigma social, lo que coloca a algunas familias en una situación de ansiedad y vulnerabilidad (Adroher y Berástegui, 2000).

Desde diversas perspectivas teóricas se han planteado las posibles dificultades que las diferencias étnicas entre padres e hijos pueden suponer para que el niño cree una identificación adecuada con sus padres, manteniendo al tiempo una identidad racial positiva. Algunos estudios apuntan a que en las familias satisfechas con su adaptación, aparecen relatos de parecidos físicos y actitudinales y procesos claros de identificación entre padres e hijos (Raynor, 1980). Por otro lado, distintas investigaciones han descrito procesos de identificación racial mayoritariamente positivos entre los adoptados interraciales (Berástegui, 2003a).

En no pocas ocasiones, la familia no sólo tiene que enfrentarse a la revelación de su privacidad sino a episodios claros de racismo y xenofobia para los que no están preparados (Berástegui, 2003a).

Rorberch, (1991) encuesta a un grupo de adoptados internacionales ya adultos que describen cómo de niños no percibían de manera significativa una discriminación por causa de la raza pero que llegados a la adolescencia, comienzan a percibir rechazos e incluso insultos referidos a su condición racial. En estas interacciones sentían que eran categorizados socialmente como inmigrantes mientras que el 70% de ellos no se preciben a sí mismos como tales.

Esta realidad debe hacernos reflexionar no sólo sobre la idoneidad de los padres y los adoptados para hacer frente a estas situaciones sino sobre la idoneidad de toda nuestra sociedad para acoger como propios a otros individuos, independientemente de su procedencia étnica, religiosa o cultural.

Si bien no todas las adopciones internacionales son interraciales, todas ellas son interculturales:

“[...] la adopción internacional provoca siempre en los menores una fase temporal de “deculteración” o transplante: el cambio de un medio institucional, en la mayoría de los casos, a otro familiar; de un medio de supervivencia a uno de satisfacción inmediata de sus necesidades, de un clima de privación a uno de sobreabundancia es importantísimo y el niño deberá explorar la nueva situación, descubrir cuáles son sus límites, las conductas adecuadas, los nuevos modos de relación, las expectativas que se posan sobre él en la totalidad del entorno. La adopción pone a prueba no sólo la capacidad del niño de adaptación psicoafectiva sino también cultural y social”. (Adroher y Berástegui, 2000, pg.)

Por supuesto, la edad de la adopción es una variable fundamental de la que dependerá el grado de inserción del menor en su cultura y su lengua de origen así como la actitud de los padres hacia la cultura de origen del menor también será relevante en el proceso de adaptación cultural (Adroher y Berástegui, 2000; Berástegui, 2000; Berástegui, 2003a).

1.4.3. ESTADO DE LOS MENORES EN SUS PAÍSES DE ORIGEN

Aunque parezca una obviedad decir que la situación de los menores en desamparo en la Comunidad de Madrid, a pesar de su indudable crudeza, no es comparable en términos de privación ambiental con la de la mayoría de los países de origen de los menores adoptados internacionalmente, esta es una realidad que no siempre es tomada en cuenta a la hora de valorar las diferencias entre la adopción nacional y la internacional.

Groze e Ileana (1996) hacen una descripción de los orfanatos rumanos hasta 1993 como faltos de estimulación visual o auditiva, desprovistos de lo necesario en comida y bebida y con unas ratios de cuidador-niño que van de 1:8 a 1:35, lo que hacía que los niños recibieran los cuidados mínimos, de forma rutinaria y no especializada. Además los niños no iban al colegio y no tenían programas educativos.

Glennen (1999) observó un grupo de 10 bebés entre los 14 y los 22 meses en un orfanato ruso en el que tenían un turno rotante de dos cuidadores que primariamente cuidaban sus necesidades físicas y funcionales sin tiempo para la interacción social, incluso en situaciones de contacto como la comida. Los niños mayores comían solos y sin ayuda de adultos.

La falta de recursos económicos de las instituciones de protección hace que un contingente importantísimo de los niños adoptados internacionalmente tenga importantes signos de desnutrición y en muchos casos los cuidados médicos que reciben son muy escasos así como también lo son los educativos. En los capítulos siguientes analizaremos la influencia de éstas y otras variables en la adaptación inicial y el desarrollo de los menores adoptados internacionalmente.

CAPÍTULO 2

LA ADAPTACIÓN DE LOS MENORES EN ADOPCIÓN INTERNACIONAL

La concepción tradicional de la adopción como una paternidad de “segunda clase” ha estado estrechamente vinculada a una visión de ésta centrada en la patología, el déficit o la diferencia (Bartholet, 1993; Borders, Black y Pashley, 1998; Miall, 1996). Consecuentemente, la literatura teórica y clínica sobre adopción ha sido casi unánime al presentar la adopción en sí como un problema psicológico y familiar o, al menos, como una señal de alarma psicopatológica (Brodzinsky y cols., 1995).

La historia de la investigación empírica en torno a la adopción ha estado también ligada al estudio de las diferencias entre el desarrollo de los menores adoptados y sus iguales no-adoptados y al posible riesgo de sufrir problemas psicológicos asociados a la adopción. Este enfoque muestra resultados algo más matizados que los de la perspectiva puramente clínica pero la mayoría de los estudios siguen considerando a los menores adoptados especialmente vulnerables o en riesgo de desarrollar diversos problemas de adaptación cuando son comparados con sus pares no adoptados y así lo manifiestan las principales revisiones bibliográficas al respecto (Borders y cols., 1998; Brinich, 1990; Brodzinsky, 1990; Brodzinsky, 1993; Haugaard, 1998; Hoksbergen, 1998; Smith y Brodzinsky, 1994; Wierzbicki, 1993; etc.). En adopción internacional, tanto los enfoques como los resultados han sido paralelos (Andressen, 1992; Bimmel, Juffer, van Ijzerdoorn y Bakermans-Kranenburg, 2003; Dalen, 2003; Kim, Shin y Carey, 1999; Triseliotis, 1991; Verlhus, Althaus y Versluis-den Bieman, 1990). Incluso, alguna investigación sostiene que la mayor dificultad del proceso de adopción internacional y las diferentes condiciones de

partida suponen un aumento del riesgo de desarrollar problemas de salud mental o problemas de conducta en los adoptados internacionales frente a los nacionales (Kim, 1995; Mainemer, Gilman y Ames, 1998) aunque estos resultados no han sido apoyados por otros investigadores (Bagley, 1993; Groza y Ryan, 2002; Levy-Shiff, Zoran y Shulman, 1997) .

El estudio de la adaptación de los seres humanos a situaciones naturales desde una perspectiva empírica es complejo y los estudios sobre adopción no son una excepción: es difícil seleccionar las muestras, encontrar grupos control, aplicar medidas buenas y comparables entre estudios y, fundamentalmente, desentrañar qué entendemos por adaptación (Triseliotis, 1991).

La adaptación en adopción se ha estudiado desde dos perspectivas independientes pero de algún modo complementarias:

- a) *Adaptación psicológica*: un grupo de investigadores, especialmente del campo de la psicología, ha entendido la adaptación como sinónimo de salud mental y psicológica en comparación con la población no adoptada. La adaptación en adopción se medirá, desde esta perspectiva, por el grado de bienestar psicológico del adoptado, la ausencia de patología y por la similitud de sus pautas comportamentales con las del resto de la población.
- b) *Adaptación familiar*: otro grupo de investigadores, procedentes del trabajo social y de la práctica cotidiana de la adopción, considera que la adaptación en adopción está determinada por el grado en que ésta cumple con su objetivo social de proporcionar a los niños que la necesitan una familia funcional, estable y duradera. La adaptación a la adopción se medirá, desde esta perspectiva, por el grado de satisfacción, funcionalidad y, muy especialmente, estabilidad de la familia y permanencia del menor en la misma.

También se han estudiado otras áreas de adaptación relacionadas con la adopción, en ocasiones de manera integrada con los estudios anteriores y otras de manera independiente. Entre ellas destacan las cuestiones de salud, los problemas cognitivos y de escolaridad, los problemas de los menores en la construcción de su identidad y, por último, los posibles problemas de integración social, especialmente cuando los adoptados alcanzan la madurez.

Son bastantes los autores que destacan la importancia de entender la adopción como un proceso sociocultural y marcado jurídicamente y, por tanto, de valorar los mecanismos de adaptación y riesgo en cada contexto cultural (Berástegui, 2003b; Dalen, 2003; Serbin, 1997). A pesar de ello, la investigación sobre adopción internacional en España aún es escasa y, para comprender el fenómeno de la adaptación en adopción internacional tendremos que recurrir, tanto a los estudios realizados sobre adopción internacional en otros países como a la investigación sobre adopción nacional, en España y en el extranjero.

2.1. VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA DE LOS ADOPTADOS

Toda adopción supone un cambio muy importante que pone a prueba la capacidad de adaptación del menor, por lo que es esperable que durante los primeros meses surjan algunas conductas especiales que pueden ser consideradas transicionales pero que son vividas como problemáticas en la familia.

Algunas investigaciones han estudiado específicamente la conducta del menor durante este periodo de tiempo. En una muestra española, Amorós (1987) encuentra que un 35,9% de los menores tuvieron trastornos emocionales y conductuales en el primer año de acogida aunque los problemas fueron mucho mayores entre los niños procedentes de guarda y custodia (59,3%) que entre los que fueron directamente adoptados (10,9%). Los problemas más frecuentes fueron la hiperactividad, las dificultades en el sueño y la angustia de separación. En el grupo procedente de situaciones de guarda y custodia además se presentaron episodios de enuresis, negativismo, desobediencia o rebeldía y agresividad. Entre los que presentaron algunos trastornos (31%), persistieron completamente sólo en 12,2% de los casos y en el 43,9% de los casos vivieron cierta mejoría aunque no desaparecieron. Entre aquellos que no presentaron trastornos inicialmente surgieron conductas como negativismo, desobediencia, rebeldía, agresividad o enuresis.

Fernández (2002) también centra su estudio en este primer periodo de convivencia en una muestra de adopciones nacionales de niños con necesidades especiales. Los problemas que más frecuentemente se encuentran en este grupo son los problemas en el sueño, los problemas en la vinculación afectiva (rechazos afectivos, excesiva dependencia o deseo de atención, chantajes emocionales, falta de comunicación o miedo a perder a la familia), problemas de idealización o preocupación excesiva por la familia biológica, confusión y vergüenza con respecto a su historia de adopción, dificultades relacionadas con la sexualidad, inhibición social y problemas de agresividad, incumplimiento de las normas o dificultades con los hermanos. Todos estos problemas disminuyen a nivel general en frecuencia e intensidad al cabo de un año de convivencia con la familia adoptiva aunque persisten para algunos menores.

Más allá de este importante periodo de adaptación mutua, los estudios sobre la adaptación de los adoptados generalmente se refieren a los problemas psicológicos y conductuales persistentes o emergentes durante la vida del menor con su familia y que son evaluados, por lo general, después de un periodo mínimo de convivencia que, convencionalmente, se sitúa alrededor del año.

El esquema clásico de revisión del posible riesgo psicológico asociado a la adopción propone que los estudios sobre adopción han seguido tres enfoques diferenciales (Brodzinsky, 1993; Brodzinsky y cols., 1995; Haugaard, 1998):

1. Estudios epidemiológicos que tratan de demostrar la mayor prevalencia de los adoptados en tratamientos psiquiátricos internos y externos.

2. Estudios clínicos que se centran en diferenciar la sintomatología presente en los adoptados y no adoptados en muestras clínicas
3. Estudios transversales o longitudinales que tratan de comparar los patrones de ajuste de adoptados y no adoptados en muestras no clínicas.

2.1.1. ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Este tipo de investigaciones (Kim, Davemport, Joseph, Zrull y Woolford, 1988; Piersma, 1987; Work y Anderson, 1971; etc.) junto con los estudios clínicos han regido durante algún tiempo el campo de la investigación en adopción y se basan en una concepción fundamentalmente categorial de la adaptación psicológica. Desde esta concepción se considera que un niño está adaptado psicológicamente si no ha tenido ningún diagnóstico clínico. Por el contrario, aquellos niños que hayan sido clasificados dentro de alguna categoría diagnóstica (fundamentalmente a través de la DSM-IV) y, por consiguiente, aquellos que hayan recibido algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico, estarán mal adaptados psicológicamente.

Los estudios epidemiológicos se basan en el porcentaje que suponen las personas adoptadas en un conjunto de población para calcular la diferencia entre el porcentaje de adoptados en la población general y su porcentaje dentro de la población en tratamiento psicológico. Si el porcentaje de adoptados que se encuentra en tratamiento psicológico o psiquiátrico es mayor que el porcentaje de los mismos en la población general, entonces se podría concluir que hay una mayor tendencia de los adoptados a mostrar problemas psicológicos.

Es difícil determinar qué porcentaje de la población es adoptada en un momento dado o en una generación o franja de edad determinada. La convención general, basada en los estudios poblacionales realizados en Estados Unidos, sitúan la tasa de adoptados en la población entre un 1% y un 2% (Haugaard, 1998).

Teniendo en cuenta este porcentaje, los diversos estudios consideran que los menores adoptados suponen alrededor de un 5% de la población infantil en tratamiento psicológico ambulatorio, siendo este porcentaje algo menor para los adultos en los estudios que así lo diferencian (Tabla 1)

La diferencia entre el porcentaje poblacional de adoptados y su porcentaje en tratamiento psiquiátrico interno es mayor que su porcentaje en tratamiento ambulatorio (o externo) alcanzando tasas de alrededor del 10%. En algunos estudios llega incluso a suponer más del 20% de la población ingresada en un periodo determinado (Senior y Himadi, 1985). La Tabla 2 resume las principales investigaciones referenciadas por la bibliografía al respecto.

La conclusión a la que llegan estos estudios es que, efectivamente, la adopción aumenta el riesgo de los menores de sufrir trastornos psicológicos o psiquiátricos. De hecho al ser mayor el porcentaje de pacientes adoptados internos frente al de

TABLA 1: RESUMEN DE LOS ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE ADOPTADOS EN POBLACIÓN PSIQUIÁTRICA EXTERNA

Estudio	Periodo	País	Muestra	% de adoptados
Brinich y Brinich (1982)	1969-1978	Estados Unidos	Niños	5%
			Adultos	1,6%
Goodman, Silverstein y Mandel (1963)	1956-1962	Estados Unidos	Niños	2,4%
Sweeny, Gasbarro y Gluck (1963)	1959-1961	Estados Unidos	Niños y	7,2%
			adolescentes	
Simon y Senturia (1966)	—	Estados Unidos	Total	2,5%
			< 14 años	4,2%
			> 14 años	1,1%
Work y Anderson (1971)	—			4,5%
Kotsopoulos, Cote, Joseph y cols. (1988)		Canadá	Niños	7,5%
Goldberg y Wolkind, 1992	1968-1982	Gran Bretaña	Niños	3,6%

Información extraída de Haugaard, 1998.

TABLA 2: RESUMEN DE LOS ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE ADOPTADOS EN POBLACIÓN PSIQUIÁTRICA INTERNA

Estudio	Periodo	País	Muestra	% de adoptados
Borgata y Fansel (1965)	Recogida de datos puntual	EEUU	Niños	5,5%
Work y Anderson (1971)	1964-1969	EEUU	Niños	9,3%
Senior y Himadi (1985)	18 meses	EEUU	Adolescentes	21,2%
Piersma (1987)	1982-1985	EEUU	—	10,8%
Kim y cols. (1988)	1983-1985	EEUU	Niños y	12,7%
			adolescents	
Rogeness, Hoppe, Macedo; Fischer y Harris (1988)	—	EEUU	Niños	8,7%
Dickson, Heffron y Parker (1990)	1982-1986		Niños y	11,7%
			adolescentes	

Información extraída de Haugaard, 1998.

los externos, se concluye que la adopción supone un mayor riesgo de desarrollar problemas severos de ajuste (Brodzinsky, 1993; Haugaard, 1998).

Han sido pocos los estudios que han seguido este enfoque con adoptados internacionales pero todos ellos, desde estrategias similares de investigación, van en la línea de los resultados precedentes.

Hjern, Lindbland y sus colaboradores (2002, 2003) estudiaron una cohorte sueca a través de las bases de datos estatales y encontraron que los adoptados internacionales tenían tasas de hospitalización psiquiátrica mayor que la de la población general tanto en la preadolescencia como en la adolescencia o la joven adultez. Además fueron internados en hospitales psiquiátricos con mayor frecuencia que sus hermanos no adoptados o que la población inmigrante de la misma edad. Así mismo eran de tres a cuatro veces más tendentes a tener problemas mentales serios como suicidios o intentos de suicidio que estos grupos (Hjern, Lindblad y Vinnerljung, 2002; Lindblad, Hjern y Anders, 2003).

Del mismo modo, Verhulst y cols. (1990) informan de que los adoptados internacionales en Holanda eran remitidos a cuidado psiquiátrico interno más frecuentemente que los no adoptados, especialmente los varones entre 12 y 15 años y encuentra que un mayor porcentaje de padres adoptivos pidieron ayuda psicológica con los problemas de conducta de sus hijos (16,1% de los adoptantes internacionales frente al 2,6% de los padres biológicos). También en Holanda, Hoksbergen, Spaan y Waardenburg, (1988) encuentran que del 5 al 6% de los adoptados internacionales pasan por instituciones residenciales en algún momento de su vida lo que supone una tasa cinco veces mayor que para los nacionales no adoptados. Además, la gravedad de estas tasas de institucionalización queda remarcada por el hecho de que tan sólo un 50% de ellos regresa a la convivencia familiar.

Otros autores aplican un enfoque similar pero sustituyen el uso de servicios psiquiátricos por el uso de servicios sociales como señal de inadaptación. En este sentido, las estadísticas de bienestar infantil en Noruega indican que los adoptados internacionales están subrepresentados en la población necesitada de atención social por lo general pero sobre-representados en el grupo de edad que abarca de los 13 a los 19 años (Kalve, 1999).

A pesar de la consistencia de estos datos, algunos investigadores (Borders y cols., 1998; Brodzinsky, 1993; Haugaard, 1998) han puesto en duda la validez de estos resultados para responder a la pregunta sobre el riesgo asociado a la adopción. En primer lugar, la mayoría de estos estudios sólo tiene en cuenta la condición de adoptado de los menores y en contadas ocasiones el sexo o la edad de la adopción pero no controla la influencia de otras posibles variables como la historia de cuidado infantil o la clase social de los menores que puedan estar determinando el riesgo tanto para adoptados como para no adoptados, por lo que estas investigaciones tendrán que ser tenidas en cuenta con mucha cautela.

En segundo lugar, varios estudios han documentado la mayor tendencia de padres y profesionales a requerir servicios de salud mental para los adoptados frente a problemas similares o menores que los de la población normativa. Además, los problemas de los adoptados son considerados graves con mayor frecuencia y son más fácilmente interpretados como problemas psicológicos o psiquiátricos. En este sentido Weiss (1985) aporta que los adoptados son llevados más jóvenes a con-

sulta que los no adoptados y que la mayoría son atendidos por problemas de adaptación al entorno frente a los adoptados, que son tratados más a menudo de patologías psiquiátricas graves. Warren (1992) encuentra que entre los adolescentes con problemas leves de conducta o sin problemas, los adoptados eran remitidos a tratamiento con una frecuencia de dos a tres veces mayor mientras que entre los adolescentes con problemas graves no se encontraban diferencias. Esta pauta referencial sólo se daba en lo que se refiere a la salud mental y no tanto a los problemas médicos. Por último, Kim y cols. (1988) encuentran que los adolescentes con conductas delinquentes son mandados más a menudo a salud mental y menos al sistema judicial que los adolescentes no adoptados con conductas similares que son atendidos con mucha más frecuencia por el sistema judicial que por los servicios de salud mental.

Son distintos los argumentos que se han utilizado para explicar este sesgo de los adoptados hacia el tratamiento psicológico y psiquiátrico (Ingersol, 1997; Warren, 1992):

- a) En primer lugar, la propia visión de la adopción como generadora de riesgo, promovida por la concepción tradicional de la adopción, hace que los problemas tengan una explicación clara y externa a la familia adoptante que se muestra muy atenta al reconocimiento y tratamiento de los problemas.
- b) En segundo lugar, los problemas de los niños pueden ser vistos como una amenaza para la identidad e integridad familiar en mayor grado que en las familias no adoptivas: los padres pueden sentirse más inseguros en su papel y más incapaces de solucionar los problemas por sí mismos porque perciben diferencias más acusadas con sus hijos.
- c) En tercer lugar, los padres pueden haberse acostumbrado, en mayor medida que las familias que no han pasado por un proceso de adopción, al trato con los profesionales de la salud mental y al uso de sus servicios.
- d) En cuarto lugar, los recursos formales e informales habituales (pediatra, colegios, familiares) no están familiarizados con la adopción o tienen una visión patológica de la misma con lo que derivan a los menores a los servicios de salud mental con mayor frecuencia. Fisher (2003) realizó una investigación sobre el tratamiento de la adopción en los textos utilizados en la formación de profesionales de la intervención con familias que apoya esta hipótesis de la falta de formación de los profesionales de referencia. En dichos textos, las referencias a la investigación sobre adopción es escasa y, mayoritariamente, la manera de abordar el tema se centra el doble en los potenciales problemas de lo que trata los potenciales beneficios de la adopción.

Por último, este tipo de investigación no informa sobre el grado de adaptación de los menores que no han requerido tratamiento psicológico o psiquiátrico y que son la mayoría de los menores adoptados.

2.1.2. ESTUDIOS CLINICOS

Esta estrategia de investigación ha estado encaminada a comprender hasta qué punto los adoptados en tratamiento psicológico o psiquiátrico tienen unas pautas psicopatológicas diferenciales que el resto de las personas a través de estudios sobre la prevalencia de adoptados dentro de los grupos de menores con diagnósticos específicos.

Desde esta perspectiva observamos que no se encuentran diferencias o incluso se encuentran tasas más bajas de trastornos de tipo psicótico en adoptados que en la población general (Brinich y Brinich, 1982; Goldberg y Wolkind, 1992; Piermsa, 1988; Rogeness y cols., 1988; Weiss, 1985).

Las mayoría de los estudios también encuentra niveles comparables de problemas de tipo internalizante como la ansiedad o la depresión entre adoptados y no adoptados (Kotsopoulos y cols., 1988; Rogeness y cols., 1988). Sin embargo, Hjern y cols. (2002) encuentran que los adoptados internacionales de la cohorte estudiada era diagnosticada de depresión con mayor frecuencia que la población general.

Por el contrario, la investigación de este tipo ha sido muy consistente en encontrar una mayor tendencia de los adoptados a sufrir trastornos de tipo externalizante, tales como trastornos oposicionales y desafiantes, agresión, robos, mentiras, fugas y otros comportamientos antisociales (Ingersol, 1997; Kotsopoulos y cols., 1988; Menlove, 1965; Weiss, 1985; Wierzbicki, 1993). Piermsa (1987) no encuentra diferencias en la presencia de este tipo de trastornos entre los varones internos pero sí entre las niñas siendo mayor la prevalencia de estos trastornos para las adoptadas que para las que no lo eran (Goldberg y Wolkind, 1992; Rogeness y cols., 1988).

Incluso cuando los adoptados son diagnosticados de trastornos de personalidad, estos son de tipo externalizante como la personalidad antisocial o el trastorno límite de personalidad. En este sentido, el estudio de Hjern y cols. (2002) encuentra que los adoptados internacionales tienen cinco veces más tendencia a la adicción a las drogas y de dos a tres veces más probabilidades de abusar del alcohol o tener problemas con la justicia.

También son muy consistentes las investigaciones que encuentran mayores tasas de adoptados entre los diagnosticados de hiperactividad (Dalby, Fox y Haslam, 1982; Deutsch, Swanson y Bruel y cols., 1982; Dickson y cols., 1990). Deutsch y cols. (1982) encuentra una tasa ocho veces mayor de trastorno de déficit de atención (TDA) en los adoptados en dos grupos diferentes de niños diagnosticados de TDA.

Investigaciones aisladas ha encontrado sobrerrepresentación de los adoptados entre los menores con trastornos en la identidad de género (Zucker y Bradley, 1998) o subrepresentación de los mismos entre los menores diagnosticados de anorexia nerviosa (Hjern y cols., 2002).

Por último, desde una metodología más clínica y descriptiva, varios autores han coincidido en describir una constelación de síntomas específicos de algunos

adoptados que no se encuentran habitualmente en la práctica clínica con otras poblaciones. Las descripciones que hacen estos autores del “*Síndrome del niño adoptado*” (Kirschner, y Nagle, 1995; Polaino, 2001), el “*Elbow Baby*” (Grotevant, McRoy y Jenkins 1988); o el “*Síndrome del pozo sin fondo*” (Hoksbergen, 1997a) coinciden, más o menos detalladamente con lo que la DSM-IV ha catalogado como “Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez” a lo que se une cierta sintomatología oposicional, es decir, se refieren a niños que tienen grandes dificultades para establecer relaciones sólidas: tienden a desconfiar de los adultos; no establecen relaciones de reciprocidad con ellos y se muestran amigables con los desconocidos mientras que rechazan el contacto con aquellos que se encargan de su cuidado; resultan fríos y distantes en la convivencia cotidiana y habitualmente manifiestan conductas destructivas y agresivas o manipuladoras hacia ellos mismos, hacia los otros y hacia el entorno sin mostrar sentimientos de culpa por dichas conductas y mostrando cierto deseo de llamar la atención (Grotevant y cols., 1998; Hoksbergen, 1997a; Polaino, 2001). A pesar de hacer una descripción sintomática muy detallada, estos autores no informan de las tasas de incidencia de estos síndromes ni en la población general ni entre los adoptados en particular.

Las principales críticas realizadas a este tipo de estudios coinciden con las planteadas contra las investigaciones epidemiológicas: la falta de información sobre otras variables relevantes, más allá de la condición de adoptado, que pudieran dar cuenta de la psicopatología específica; el hecho de que la presencia de un mayor grupo con determinado trastorno dentro de la población adoptada no caracteriza el comportamiento de la mayoría de los adoptados que no han sido referidos a tratamiento clínico y los posibles sesgos diagnósticos hacia los adoptados.

En este sentido, el hecho de que los comportamientos de tipo disruptivo (entre los que podemos considerar tanto los trastornos externalizantes como la hiperactividad) sean aquellos en los que la población adoptada se encuentra sobrerrepresentada también podría estar explicado, en parte, por estos sesgos. Es posible que la interpretación correcta de estos datos no sea que los adoptados tienen más riesgo de sufrir trastornos de tipo externalizante o hiperactividad sino que los menores que padecen estos trastornos son referidos a tratamiento clínico con mayor frecuencia si son adoptados, por la especial inseguridad que pueden sentir los padres adoptantes hacia este tipo de trastornos, el carácter evidente de los trastornos hacia el entorno social que puede resultar estigmatizante para la familia o la interferencia de este tipo de conductas en el acoplamiento de la familia y el establecimiento del vínculo.

Por otro lado, la posibilidad de que sea más fácil categorizar la conducta externalizante que los trastornos de tipo depresivo o ansioso a través del estudio de archivos (Towle y Schwartz, 1987) también podría estar matizando la contundencia de estos resultados.

2.1.3. ESTUDIOS EN POBLACIÓN GENERAL

Intentando superar las dificultades metodológicas de los estudios precedentes, el mayor contingente de la investigación sobre el riesgo psicológico asociado a la adopción se ha basado en población general, sin atender a la presencia o el tipo de tratamiento psiquiátrico de los menores (Bimmel y cols., 2003; Brodzinsky, Radice, Huffman y Merkler, 1987; Brodzinsky, Schechter, Braff y Singer, 1984; Fergusson, Lynskey y Horwood, 1995; Fisher, Ames, Chisholm y Savoy, 1997; Hoksbergen, 1997b; Lipman, Offord, Racine y Boyle, 1992; Logan, Morral y Chambers, 1998; Smith, Howard, Monroe, 1998; Verhulst, 2000; Verhulst and van der Ende, 1992; etc). Estos estudios nos sitúan ante una realidad en la que encontramos más semejanzas que diferencias entre el común de adoptados y de no adoptados aunque estas últimas siguen existiendo.

En la mayoría de estos estudios (Brodzinsky y cols., 1987; Brodzinsky y cols., 1984; Fisher y cols., 1997; Haugaard, 1998; Hoksbergen, 1997b; Lipman y cols., 1992; Logan y cols., 1998; Smith y cols., 1998; Verhulst y cols., 1990; Verhulst and van der Ende, 1992; etc), la variable adaptación psicológica es medida a través del *Child Behavior Checklist* (CBCL) de Achenbach y Edelbrock (1983) con lo que se mantiene una concepción taxonómica y dimensional de la adaptación psicológica y los problemas de conducta que nos permite definir concretamente la conducta de los niños y las niñas, en referencia a su edad, y situarlos en un continuo de ajuste psicológico tanto general como en relación a determinados síndromes clínicos de diferente grado de especificidad. Esta utilización del CBCL permite comparar las distintas muestras, no sólo con muestras de no adoptados sino con la población normativa en los distintos países.

Los principales estudios conducidos desde esta perspectiva metodológica coinciden en afirmar que los adoptados tienen, de media, mayores problemas emocionales y conductuales que los no adoptados, especialmente en lo que se refiere a conductas externalizantes e hiperactivas aunque el tamaño de las diferencias es poco pronunciado (Andresen, 1992; Bimmel y cols., 2003; Dalen y Saetersdal, 1992; Dalen y Rygvold, 1999; Deutch, Swanson, Burell y cols., 1982; Fergusson y cols., 1995; Sharma, McGue y Benson, 1996a; Verhulst y cols., 1990; Wierzbicki, 1993). Algunos autores también han encontrado mayores problemas internalizantes en población adoptada (Kim y cols., 1999; Stams, Juffer, Rispens y Hoksbergen, 2000).

En adopción internacional, una de las investigaciones paradigmáticas es la conducida por Verhulst y sus colaboradores (1990) que encuentran, en una muestra de 2.148 adoptados internacionales con un grupo control equiparado de no adoptados, ligeras diferencias de medias en diversas áreas del comportamiento (los adoptados tienen mayores problemas de conducta externalizante, peores resultados académicos y menos habilidades sociales) pero estas diferencias eran muy pequeñas y poco significativas. En la adolescencia las diferencias se hacían algo mayores específicamente en conducta delincuente e hiperactividad.

Por otro lado, Sharma y cols. (1996a) estudiaron 4.682 adoptados nacionales en Estados Unidos que mostraron menores niveles de ajuste que un grupo equiparado de no adoptados. Los adoptados mostraron peores niveles de ajuste en consumo de drogas legales, consumo de drogas ilegales, emociones negativas, comportamiento antisocial, optimismo, comportamiento en la escuela, implicación con los padres y cercanía a los padres. Por el contrario, los adoptados tuvieron mayores niveles de comportamiento prosocial que sus pares no adoptados. Una de las principales dificultades de este estudio es que no diferencia entre la adopción por parte de parientes y la adopción tal y como se entiende en esta investigación.

En muestra española, Palacios y Sánchez (1996b) comparan una muestra de adoptados nacionales andaluces con sus compañeros actuales de clase. En esta comparación, encuentra pocas diferencias entre ambos grupos en el total de problemas de conducta, datos muy positivos habida cuenta de que el 42% de la muestra de adoptados había sido catalogado dentro del grupo de adopciones especiales (un 40% de estos por ser mayor de 6 años en el momento de la adopción). Los autores sólo encuentran diferencias significativas en las puntuaciones referidas a la hiperactividad de los menores, siendo esta mayor para los adoptados, incremento que justifican por la contribución a la media de los niños con historias de maltrato o institucionalización prolongada que muestran altas puntuaciones en este trastorno.

Por otro lado, Bimmel y cols. (2003) realizaron un meta-análisis de 10 estudios que comparaban una muestra de adolescentes adoptados en el extranjero siendo bebés o niños pequeños ($n=2317$) con una muestra de no adoptados de las mismas características sociodemográficas ($n=14.345$). En el análisis encuentran más problemas de conducta entre los adoptados, con la diferencias explicadas por las conductas externalizantes y no por las internalizantes pero, de nuevo, fueron diferencias muy pequeñas. Las diferencias empezaban a ser relevantes cuando se consideraba el rango clínico de la conducta lo que significa que la mayoría de los adolescentes adoptados están bien adaptados y no desarrollan más problemas de conducta que sus pares no adoptados aunque un pequeño grupo de ellos sufre problemas graves de adaptación.

A pesar de que las diferencias de medias entre adoptados y no adoptados no sean muy relevantes, son muchas las investigaciones que, como esta, han destacado que un mayor contingente de adoptados tiene puntuaciones dentro de los rangos clínicos.

Por ejemplo, el 30% de las madres del estudio de Stams y cols. (2000) puntuaron a sus hijos adoptados internacionalmente por encima del rango clínico en el total de problemas de conducta cuando lo esperable para la población general era de un 10%. Las tasas de conducta clínica de los adoptados eran mayores que las de la población general tanto en conducta internalizante como en externalizante tanto para chicos como para chicas. También un 11% alcanzaba rangos clínicos

en el síndrome ansioso/deprimido cuando la población normativa sólo supera el rango clínico en un 2%.

Resultados parecidos aportan Brodzinsky y cols. (1987) en un estudio de 130 adoptados nacionales, y un grupo control equiparado, extraídos de muestras no clínicas entre 6 y 11 años. El 37% de los adoptados alcanzaban el rango clínico en al menos una subescala del CBCL, el 18% lo alcanzaba en dos y un 12% en tres de ellas en comparación con el 14%, 5% y 3% de los no adoptados que fueron así clasificados respectivamente. Los varones adoptados diferían significativamente en los rangos clínicos en las subescalas de aislamiento e hiperactividad mientras que las adoptadas se diferenciaron de las no adoptadas en depresión, hiperactividad y agresión.

Logan y cols. (1998) informan de que la media de problemas de los menores adoptados alcanzó una puntuación total de 35 en el CBCL siendo la media de la población normativa de 24 con lo que los autores concluyen que, como conjunto, los menores tuvieron mayores problemas psicológicos que los no adoptados. El 52% de las familias de la muestra manifestaron que sus hijos tenían problemas psicológicos o conductuales persistentes y tuvieron una media en el CBCL de 50 mientras que la puntuación media del CBCL para los niños que no fueron clasificados como problemáticos por sus padres quedó por debajo de la media normativa (puntuación de 20).

Por el contrario, Westhues y Cohen (1997) no encuentra diferencias entre los adolescentes y jóvenes adoptados y sus hermanos no adoptados ni un mayor porcentaje de problemas clínicos que el esperable para la población general.

Cuando las investigaciones se centran en niños con necesidades especiales (mayor edad, grupos de hermanos, niños con características étnicas minoritarias, niños con dificultades médicas, físicas, sensoriales, intelectuales o emocionales), los porcentajes de menores con trastornos dentro del rango clínico se elevan aún más. Por ejemplo, Berry y Barth (1989) informan de que en su muestra de niños adoptados con más de tres años de edad, un 76% alcanzaba el rango clínico en al menos una dimensión el CBCL y la media de las puntuaciones estuvieron cerca del rango clínico en todas las dimensiones a excepción de las quejas somáticas. También Rosenthal y Groze (1991) estudiaron niños con necesidades especiales de los que más de un 40% puntuaron en el rango clínico del CBCL entre los 6 y los 16 años aunque entre los 4 y los 5 años no encontraban especiales problemas. En su muestra los problemas externalizantes de los niños eran mayores que los internalizantes y también se encontró una tasa desproporcionadamente alta de problemas de hiperactividad.

El intento de evaluar el grado de problemática clínica dentro de población no clínica también ha sido abordado por Simmel, Brooks, Barth y Hinshaw (2001) que aportan que el 20% de su muestra de adoptados entre cuatro y dieciocho años de edad cumplía, según informes de los padres, los criterios clínicos del "*Trastorno desafiante oposicional*" tal y como es categorizado en la DSM-IV.

Los estudios expuestos hasta el momento son de corte transversal, metodología desde la que es difícil determinar si los problemas de adaptación de los menores son constantes a lo largo de su desarrollo, crecen o decrecen con la edad o bien son característicos de alguna etapa evolutiva concreta. Algunos autores han emprendido estudios longitudinales sobre la adaptación psicosocial de los adoptados a lo largo de la vida (Bohman, 1970; Bohman y Sigvardsson, 1990; Seglow, Pringle y Wedge, 1972; etc.).

Entre ellos destacan los de Bohman y Sigvardsson que estudiaron longitudinalmente los patrones de ajuste en una muestra de niños adoptados nacionalmente en Suecia comparados, entre otros grupos, con un grupo equiparado de iguales no adoptados durante más de 23 años en los que encuentran que las pequeñas diferencias existentes en el ajuste psicosocial de los adoptados durante la infancia van desapareciendo progresivamente cuando el niño va creciendo hasta llegar a desaparecer en la vida adulta (Bohman y Sigvardsson, 1990). Por el contrario, Levy-Shiff (2001) encuentra que los adultos adoptados siguen mostrando un peor ajuste psicológico que los no adoptados.

Bohman y Sigvardsson (1990) insisten en la importancia de estos estudios frente a los estudios de corte transversal porque son los únicos capaces de controlar la variabilidad que se da en adopción. En esta línea metodológica, la mayoría de los estudios longitudinales en adopción se han centrado en la adaptación racial y cultural de niños adoptados interracialmente y han dejado áreas más amplias de investigación a un lado (Feigelman y Silverman, 1983; Simon y Alstein; 1994; Vroegh, 1992)

Son un número creciente los investigadores que han puesto en cuestión no sólo los resultados concretos de las investigaciones precedentes sino las conclusiones que se esbozan desde esos resultados que colocan a los implicados en la adopción (adoptantes y adoptados) en un lugar de riesgo y vulnerabilidad.

Marquis y Detweiler (1985) pone en cuestión la vulnerabilidad de los adoptados concluyendo que viven la vida con mayor confianza, tienen más frecuentemente un locus de control interno y ven a los demás más positivamente aunque sus resultados han sido criticados más adelante (Brodzinsky, 1987). También Sharma, McGue y Benson (1998) encuentran áreas en las que los adoptados funcionan mejor como la depresión o el comportamiento prosocial.

Sin llegar a colocar a los adoptados en una posición de ventaja, otros investigadores no han encontrado diferencias entre estos y los no adoptados en estudios de corte similar a los anteriormente expuestos (Andresen, 1992; Bagley, 1993; Borders y cols., 1998; Hoksbergen, 1991a). Borders y cols. (1998) hacen una crítica exhaustiva a los estudios precedentes (baja representatividad de la muestra y tendencia a sesgarse por lo clínico, dificultad para establecer grupos de control equiparados y sesgos inherentes a equiparar con sus hermanos adoptivos, mayor reactividad de los padres a la patología y sesgo de información de padres y profesionales

basada en las expectativas) y plantea un estudio que trata de superar estas dificultades metodológicas. En él se usa una encuesta nacional a familias por lo que la información pedida no estaba enfocada a la adopción y no encuentra diferencias entre adoptados y no adoptados ni en bienestar, ni en actitudes hacia la vida familiar, ni en comportamiento o valores parentales ni en la percepción de éstos sobre el comportamiento de sus hijos.

Autores como Borders y cols. (1998) o Haugaard (1998) recuerdan la importancia de tener en cuenta determinadas consideraciones metodológicas a la hora de interpretar los resultados de los diversos estudios y esbozar conclusiones acerca de la vulnerabilidad psicológica de los adoptados.

a) Sesgo clínico

La primera consideración metodológica a la hora de interpretar los resultados de la investigación es paralela a la que se aplicaba a los estudios epidemiológicos o clínicos. Es decir, hay un cierto sesgo social a considerar la conducta del adoptado como patológica y sus problemas de conducta como graves y una mayor tendencia de los padres adoptantes a estar hipervigilantes frente a las conductas de sus hijos (Ingersol, 1997; Mulcare y Aguinis, 1999; Warren, 1992) por lo que puede que informen de ésta de una manera más detallada, prolija y, en definitiva, más problemática que el resto de los padres.

Agravando este sesgo, la mayoría de los estudios se han basado únicamente en la percepción de los padres sobre diferentes áreas del comportamiento infantil y, en ocasiones, también de los profesores o profesionales al cargo de los menores, pero muy pocas investigaciones están basadas en las contestaciones de los propios adoptados, y aún menos en la observación directa de los investigadores con pocas excepciones como la de Levy-Shiff y cols. (1997).

Wierzbicki (1993) encuentra en su meta-análisis de 66 estudios previos que una variable estrechamente relacionada con el tamaño del efecto a través de los estudios fue la objetividad de las puntuaciones de manera que cuanto más globales y subjetivas eran las medidas, los tamaños del efecto se incrementaban, especialmente para los problemas internalizantes.

En cualquier caso los sesgos podrían estar afectando también a un observador externo de la conducta del menor desde el momento en que sabe o intuye que es adoptado. Mulcare y Aguinis (1999) realizaron un estudio sobre los estereotipos aplicados a los adoptados, evaluando qué adjetivos y atribuciones aplicaban una muestra de estudiantes universitarios no implicados en temas adoptivos a ciertas conductas transgresoras planteadas ficticiamente como llevadas a cabo por adoptados, no adoptados o menores caracterizados de otros modos y concluye que, especialmente las mujeres, tendían a evaluar más positivamente a los no adoptados que a los adoptados.

b) Composición de las muestras

Los procedimientos de recogida de muestras pueden aportar también cierto sesgo ya que muchos de los estudios son de autoselección (Miller, Fan, Christensen, Grotevant y van Dulmen, 2000) con lo que podrían estar contestando los padres más motivados, los más implicados en redes de apoyo o los más necesitados de orientación y apoyo, sesgando en cualquiera de estas circunstancias los resultados.

En otros, las muestras son muy pequeñas y poco significativas lo que, acentúa las diferencias (Westhues y Cohen, 1997; Wierzbicki, 1993). En el meta-análisis de Wierzbicki (1993) los mayores tamaños del efecto para las diferencias se explicaban por estudios con pocos sujetos en contraste con las menores diferencias extraídas de muestras mayores. Por otro lado, la restricción de los tamaños muestrales no permite estudiar con fiabilidad la variabilidad en las puntuaciones extremas que parecen tener un papel primordial en la comprensión del riesgo asociado a la adopción (Borders y cols., 1998; Miller y cols., 2000)

También, en cuanto a la interpretación de resultados y la reconciliación de los mismos, tenemos que tener en cuenta que, bajo la categoría de adopción se esconden realidades y trayectorias evolutivas muy diversas: la edad de la adopción, la edad actual del menor, el tiempo que el menor lleva en la familia, la historia previa de los niños, su procedencia étnica, el tipo de familia que le adopta, su estado de salud física y mental son variables que configuran una complejidad asociada a la adopción que no siempre es tenida en cuenta, y a veces ni siquiera es conocida, y que puede ser la causante de las diferencias en los resultados. Por ejemplo, Lipman y cols. (1992) planteaban en su investigación que los mayores problemas tanto de adoptados como de adoptadas (que estudia diferencialmente) no estaban asociados, en el análisis multivariado, con el hecho de haber sido adoptados en sí mismo, sino con toda otra constelación de factores que no era exclusiva de la adopción.

c) El problema de la selección de muestras de comparación

La selección de muestras de comparación o grupos controles es una decisión que tiene grandes implicaciones tanto teóricas y metodológicas como también políticas y prácticas (Serbin, 1997).

Hay algunos estudios que ponen en cuestión la posibilidad de equipar realmente un grupo de adoptados a uno de no adoptados por la complejidad de las variables que están implicadas en la historia previa de un menor adoptado. La mayoría de los estudios compara a los adoptados con sus compañeros de clase o las personas de su entorno pero es destacable que el perfil de menores que rodea a los adoptados, especialmente en adopción internacional, ha sido tradicionalmente de un alto nivel educativo y estatus social por lo que tampoco podemos considerar que se esté comparando al menor con la población normativa.

Otros estudios, para controlar al máximo las variables familiares comparan la conducta de adoptados con grupos formados por sus propios hermanos, hijos biológicos de sus padres adoptivos, sin tener en cuenta que este tipo de adopciones configuran un tipo de familia muy específico y, como veremos más adelante, con una problemática particular asociada, que no responde a la experiencia adoptiva de la mayoría de los adoptados y sus familias de manera que es muy probable que este tipo de investigaciones sobreestime el riesgo psicológico asociado a la adopción (Barth y Brooks, 1997; Borders y cols., 1998).

Un tercer grupo de estudios ha querido comparar la adaptación psicológica de los adoptados con aquellos menores que tuvieron un entorno inicial similar al suyo pero que finalmente no fueron entregados en adopción y fueron criados por familias ambiguas con respecto al deseo de tenerlos o bien ingresaron en el sistema de protección de menores y fueron acogidos o criados en instituciones. El último epígrafe de este capítulo se encarga de valorar específicamente los resultados de este tipo de estudios.

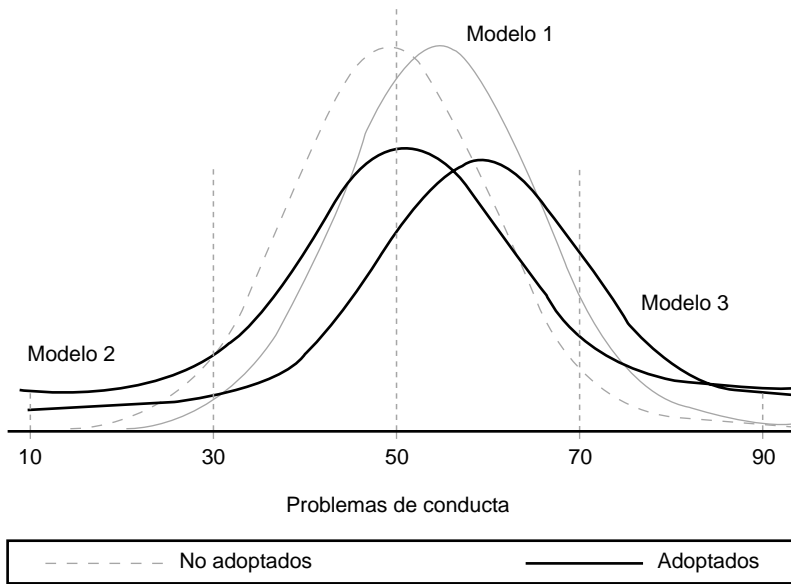
d) La variabilidad de las puntuaciones

Haugaard (1998) intentando dar cuenta de la investigación previa sobre adopción y sobre los resultados arrojados desde diversas perspectivas metodológicas hipotetiza que las diferencias encontradas en la adaptación psicológica de adoptados y no adoptados pueden deberse a las diferencias en la distribución de los problemas psicológicos entre ambos grupos y propone tres modelos de distribuciones de la problemática de los menores construídas teóricamente (Figura 1).

El primer modelo presupone que la adopción tiene una influencia negativa general sobre la adaptación. Según este modelo, una o más características del proceso de adopción o de crecer como un menor adoptado tendrían una influencia negativa en el ajuste de todos los adoptados independientemente de otras variables. De esta manera, la adaptación psicológica de los adoptados tendría una distribución paralela a la de los no adoptados. Haciendo la simulación matemática, un 7,3% de la muestra estaría dentro del rango clínico de problemas de adaptación frente al 2,6% de los no adoptados.

El segundo modelo presupone que la adopción no comporta en sí ninguna influencia ni positiva ni negativa en el ajuste de los menores pero que, en el grupo de adopción, encontramos un subgrupo de niños con alguna característica especial, determinada por otras variables, que afecta seriamente su adaptación. Los niños de este subgrupo, más o menos numeroso, estarían seriamente afectados y, de media, tendrían problemas clínicos. El autor propone dos gráficas diferenciales, en función de si se determina que es el 10 o el 20 % del grupo de adopción el que comparte esa característica. En el primer caso, un 7,4% de los menores estarían dentro del rango clínico y en el segundo serían un 12,5% los que entrarían en esta categoría.

FIGURA 1: MODELOS TEÓRICOS DE DISTRIBUCIÓN DE LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN ADOPCIÓN



Adaptado de Haugaard (1998). La línea discontinua representa la distribución de los problemas de conducta en la población normativa; la línea continua más fina representa la distribución de los problemas de conducta en la población adoptiva según el modelo 1; la más gruesa la misma distribución en el modelo 2 y la intermedia dicha distribución para el modelo 3. No se han tenido en cuenta en la representación los submodelos aportados por Haugaard para el modelo 2 y el modelo 3. La gráfica es orientativa y no responde de manera exacta a la simulación matemática expuesta por el autor.

Por último, propone el tercer modelo que integraría los dos anteriores. En él se supone que la adopción en sí comporta para todos los adoptados una pequeña influencia negativa en la adaptación y que, además, se da en este grupo la presencia de un grupo severamente afectado de menores. De nuevo elabora curvas teóricas para un 10% o un 20% de menores severamente afectados. En el primer caso, un 8,8% de los menores adoptados entraría dentro del rango clínico y en el segundo sería un 12,5%.

De este modo, la diferencia en el promedio de los problemas puede ser pequeña y poco o nada significativa de media pero, sin embargo, las diferencias podrían ser muy grandes en las colas de la distribución como había sido sugerido por la investigación precedente.

A partir de este estudio se han tratado de hacer análisis más pormenorizados de la distribución de los problemas en población adoptiva con los modelos de Haugaard (1998) como hipótesis de base.

En este sentido, Sharma y cols. (1998) encontraron que los adoptados tenían más problemas de conducta delincuente y más problemas de ajuste escolar que sus hermanos no adoptados pero esas diferencias fueron mayores en las puntuaciones extremas de manera que en las puntuaciones medias había una tasa de un adoptado por cada biológico mientras que en las colas altas de la distribución la tasa se elevaba a tres a uno.

También Miller y cols. (2000) asumen esta perspectiva. En su estudio las diferencias de medias indicarían un mayor riesgo de los adolescentes adoptados en áreas tales como el bienestar psicológico, la salud física, los resultados escolares y las conductas desviadas de la norma. En los rangos normales de adaptación los adoptados y no adoptados estaban en una proporción de uno a uno mientras que en las colas más problemáticas de las mismas la proporción era de, de media, de tres adoptados por cada biológico. Además el aumento de las discrepancias distribucionales era progresivo siendo en el percentil 50 la proporción de adoptados y no adoptados de 1 a 1; mientras que en el percentil 95 tenía un rango de 2 a 1 a 3 a 1 y en el percentil 99 llegaba a alcanzar una discrepancia hasta del 7 a 1 para algunos problemas como la baja autoestima, la baja confianza en el futuro, el estrés emocional, o el consumo de alcohol e incluso de nueve a uno en los problemas de salud.

Este tipo de análisis reconcilia, en cierto modo, los estudios epidemiológicos y clínicos con los no clínicos y nos conduce hacia los problemas de integración familiar, ya que es muy probable que sea en este porcentaje de adoptados con problemas diagnosticables como clínicos entre los que se da una mayor dificultad en la integración familiar y un mayor porcentaje de rupturas.

2.2. PROBLEMAS DE INTEGRACIÓN FAMILIAR

Desde una visión procedente del trabajo social, los estudios sobre la ruptura (“disruption studies”) y los estudios sobre satisfacción familiar han entendido la adaptación desde la perspectiva de la formación de la familia y no tanto desde la salud mental del adoptado. Estos estudios indican que en un determinado porcentaje de adopciones (que oscila entre el 0,7 y el 20% según los estudios y la composición de las muestras) las dificultades de adaptación en el sistema familiar conducen a la ruptura de la relación adoptiva y el reingreso del menor en el sistema de protección de menores (Berástegui, 2003b; Festinger, 1990).

2.2.1. RUPTURA DE LA RELACIÓN FAMILIAR

Hasta los años 70, la ruptura de la adopción era raramente mencionada por infrecuente. Kadushin (1980) cita 9 estudios anteriores a 1970 en los que un 1,9% de 34.000 adopciones estudiadas se rompieron, las muestras estaban compuestas

de niños blancos, muy pequeños y sin deficiencias. Los estudios que se desarrollaron durante los años 80 incluyeron ya niños mayores, con necesidades especiales o de grupos minoritarios y muestran mayores tasas de ruptura como queda reflejado en el estudio de Tremitiere (1984) en el que podemos ver cómo la ruptura de las adopciones de los niños menores (por debajo de los 6 años en el momento de la colocación adoptiva) variaron del 1,4% en 1979 al 1,6% entre 1982 y 1983, mientras que para los niños mayores (entre 6 y 18 años) esta tasa de ruptura aumentó de un 7,2% en 1979 a un 12% entre 1982 y 1983.

Por ruptura de la adopción entendemos el fin de la convivencia de manera permanente entre la familia y el niño y supone el verdadero “fracaso” de la adopción. El sentimiento de fracaso, culpa y dolor está íntimamente ligado a la experiencia de los padres en estas situaciones (Hoksbergen, 1991b). Los servicios de adopción, por su parte, entienden que el objetivo de dar una familia permanente a un niño también ha fracasado. Pero el fracaso mayor es experimentado por los menores especialmente en adopción internacional ya que el menor ha dejado atrás todos sus referentes vitales. En palabras de Harper (1994): *“para los niños adoptados de otros países y otros entornos étnicos, la ruptura de esta relación es imposible de conceptuar porque esta pérdida es, en efecto, la pérdida de toda su existencia; les convierte en extraños en el mundo en el que se encontraron a sí mismos así como en el mundo del que vinieron”*.

A pesar de que la ruptura es entendida como cese de la convivencia por parte de todos los investigadores, la mayoría de estos estudios han estado centrados en la ruptura de la relación durante el periodo preadoptivo (*adoption disruption*), lo cual configura una realidad diferente a la que se puede dar en adopción internacional en nuestro país en la que, o bien no existe la convivencia preadoptiva o bien ésta es prácticamente nominal. Otros estudios incluyen además casos en los que la adopción ya se había formalizado y tras la ruptura se ha disuelto legalmente (Barth, Berry, Yoshikami, Goodfield y Carson, 1988; Festinger, 2002; Partridge, Hornby y McDonald, 1986). La disolución de la adopción (*adoption dissolution*) es, de nuevo, impensable en nuestro país en el que la adopción es irrevocable. Por último, otros estudios incluyen casos en los que el cese de la convivencia es previsible pero no necesariamente definitivo, como es el caso de Hoksbergen y cols. (1988) en el que se estudian los adoptados internacionales ingresados en instituciones residenciales de los cuales un 50% no regresará, previsiblemente, al hogar; o el estudio de Berástegui (2003b) que incluye junto con las situaciones en las que los menores han reingresado permanentemente en el sistema de protección de menores tras la adopción, algunos casos en los que este reingreso es a juicio de los técnicos, inminente.

La revisión de Festinger (1990) sobre los estudios en torno a esta cuestión desde 1975 a 1990 establece un rango de rupturas entre un 6,9% y un 20% dependiendo de los colectivos a los que hacen referencia. Barth y Miller en el año 2000 establecen unas tasas de ruptura para los niños con necesidades especiales de entre un 10

y un 16% a través de los diversos estudios a los que hace referencia (Barth y Berry, 1988; George, Howard y Yu, 1996; Partridge, y cols., 1986). McDonald, Propp y Murphy (2001) apuntan a mayores tasas de estabilidad con un 97% de adopciones intactas en su muestra tras año y medio o dos años de convivencia adoptiva.

Además de las diversas composiciones muestrales, que modulan el rango tan amplio en tasas de ruptura de la adopción que se encuentra a través de estos estudios, existe un problema metodológico en la estimación de las mismas. En algunos casos las tasas de ruptura se basan en el porcentaje de rupturas que se producen en un año concreto frente a las adopciones efectivas que se dan en el mismo año. Otras investigaciones se basan en una muestra transversal de casos en hogares adoptivos. En otros casos, se cuentan las rupturas previas sufridas por los niños ya colocados efectivamente en adopción. En pocos casos se contabilizan las colocaciones adoptivas de un año determinado y se mide el resultado año y medio o dos años después (Benton, Kaye y Tipton, 1985, Festinger, 1990).

Berástegui (2003b) sigue este procedimiento metodológico para evaluar las tasas de ruptura de la adopción internacional de la Comunidad de Madrid. En su estudio se registraron todas las adopciones realizadas entre 1997 y 1999 y se detectaron cuántas de ellas se habían roto o estaban en grave riesgo de romperse en 2001. De este modo se calcula que la tasa de ruptura de la adopción internacional en la Comunidad de Madrid era de un 1,5%, porcentaje que se eleva hasta un 6,7% cuando se calcula para los menores adoptados con más de 6 años de edad. A nivel estatal, tan sólo Palacios, Sánchez y León (2004) han estudiado el fenómeno de la ruptura de la adopción en adopción internacional pero lo han hecho desde una metodología cualitativa de manera que no aportan datos empíricos actualizados acerca de las tasas de ruptura.

A continuación mostramos un cuadro resumen con los estudios más relevantes referenciados en la literatura consultada sobre las tasas de ruptura de la adopción en el que se puede observar la divergencia en las composiciones muestrales así como en la propia estimación de las tasas de ruptura a través de los distintos estudios (Tabla 3).

Las tasas aportadas por Berástegui (2003b) son paralelas a las encontrados por Tremittiere (1984) en Estados Unidos pero considerablemente más bajas. Este resultado podría estar subestimado ya que no se corrigió por efecto del tiempo como se ha tenido en cuenta en otros estudios. Festinger (1986) encuentra que la tasa mayor de rupturas se da en los primeros 12 meses tras la adopción, con lo que estima la tasa a largo plazo entre el 12% y el 14%. Barth y cols. (1988) encuentran en su estudio una tasa de ruptura del 10,2% que corrigen hasta un 11%, considerando que el tiempo medio transcurrido entre la adopción y la ruptura era de un año y medio y que, para algunos casos de la muestra, no se había cumplido aún este tiempo de convivencia. No refleja unos tiempos similares el estudio de Hoks-

TABLA 3: RESUMEN DE LOS ESTUDIOS SOBRE TASAS DE RUPTURA EN ADOPCIÓN

Estudio	Periodo	Lugar	N	Muestra	Total
Kadushin y Seidl (1971)	1967-1974	North Carolina (EEUU)	410	Especiales	8%
Bass, (1976)	1973	California (EEUU)	—	—	7'6%
Unger, Dwarsis y Jonson, (1977)	1968-1976	Michigan (EEUU)	199	Especiales	10'6%
Cohen, (1981)	1971/1978	Canada	—	—	4/7%
WRI, (1978)	1975-1977	N. York (EEUU)	41	Especiales	15%
Coine y Brown, (1985)	1978-1979	EEUU y Canada	693	Dificultades en el desarrollo	8'7%
Roberts, (1980)	—	Ohio (EEUU)	59	—	13'6%
Laht, (1982)	1982	Oregón (EEUU)	107	Menores de 12 años y al menos 1 año adoptados	5'6%
Kagan y Reid, (1986)	1974-1982	—	78	Mayores. Problemas emocionales y de aprendizaje	53% (rotas prev1.)
Tremitiere, (1984)	1979/1983	Pensilvania (EEUU)	—	Menores de 6 a 18 años	1'4/1'6% 7'2/12%
Boyne, Denby, Kettering y Wheeler (1984)	1981	New Jersey (EEUU)	309	Especiales	21'4%
Argent, (1984)	1976-1983	G. Bretaña	75	—	18'7%
Partridge y cols. (1986)	1982-1984	Estados del norte (EEUU)	212	Especiales Aprox. 8 años	8'6%
Hoksbergen y cols. (1988)	1970-1986	Holanda	145	Adopciones internacionales en tratamiento residencial	5,7%
Barth y cols. (1988)	1982-1987	California (EEUU)	1155	Todas las adopciones realizadas en este periodo	10,1%
Berry y Barth (1990)	1982-1987	California (EEUU)	99	Mayores de 12 años	24,2%
Festinger (2002)				Adopciones disueltas	
Berástegui (2003b)	1997-1999	Comunidad de Madrid	1150	Adopción Internacional	Grupo total 1,5% Mayores de 6 6,7%

Las casillas marcadas con una línea indican que no se ha dado información al respecto en el estudio al que hacen referencia. (1) Este estudio refiere el porcentaje de adopciones actuales que habían sufrido rupturas adoptivas previamente. Adaptado de Berástegui (2003b)

bergen y cols. (1988) en el que la media de convivencia del menor con la familia adoptiva antes de la ruptura se situaba en 7,9 años.

Por otro lado, es posible que las adopciones internacionales se rompan con menos frecuencia que las adopciones nacionales (Tizard, 1991). En primer lugar, los estudios sobre ruptura son, muy a menudo, de niños con necesidades especiales y la mayoría de los estudios de adopción internacional tienen en cuenta a menores adoptados muy tempranamente. En segundo, lugar el proceso puede incidir en que la ruptura sea más infrecuente en adopción internacional ya que los periodos pre-adoptivos en adopciones nacionales hacen que muchas familias se replanteen la permanencia del niño, planteamiento que es menos frecuente hacer cuando existe una sentencia firme de adopción que, además, es irrevocable. En muestra española, Fuentes, Gonzalez, Linero y cols. (2000) reportan que hasta un 38,8% de su muestra había pensado en reingresar al menor en el centro de acogida durante el periodo de acogimiento preadoptivo.

La ruptura de la adopción, al igual que en los estudios epidemiológicos y clínicos, ha sido una medida comunmente aceptada del grado de éxito de la adopción (Mainemer y cols., 1998) aunque, del mismo modo que los estudios epidemiológicos y clínicos, lo es de un modo dicotómico. Berástegui (2003b) previene frente a esta dicotomía considerando que, si bien todas las adopciones rotas se pueden considerar fracasadas, no se puede considerar una adopción exitosa por el hecho de que permanezca intacta.

2.2.2. INSATISFACCIÓN FAMILIAR

A pesar de la gravedad de los datos aportados por los estudios sobre la ruptura, la gran mayoría de los padres están satisfechos con su decisión de adoptar internacionalmente mostrando unas buenas relaciones padres-hijos y una percepción positiva de la adaptación (Groza y Ryan, 2002; Groze e Ileana, 1996; Tizard, 1991), resultados similares a los de la adopción nacional en nuestro país (Palacios y Sánchez, 1996a).

Alstein y Simon (1991) no encuentran diferencias en la integración familiar de las familias de adopción internacional y las familias normativas. Diecinueve de las 21 familias encuestadas describieron sus relaciones como buenas y positivas y las dos restantes dijeron que lo positivo había compensado a lo negativo. En su estudio longitudinal sobre adopciones transraciales también concluye que los adoptados con características étnicas diferentes están tan integrados en sus familias como los niños que habían nacido en ellas, y la evaluación de los padres sobre el carácter de sus relaciones era muy positiva (Simon y Alstein, 1992).

Pocos son los estudios que valoran la satisfacción de los adoptados con su vida familiar y este es el intento de Triseliotis y Russell (1984) en un grupo de adoptados nacionales con necesidades especiales en Gran Bretaña. Más del 80% de los

entrevistados estaban muy satisfechos con la experiencia de haber sido adoptados, estaban contentos de pertenecer a una familia y tenían una relación cercana y cálida con sus padres, hermanos y familia extensa. Se sentían los hijos de sus padres adoptivos a los que consideraban sus padres verdaderos. Menos de un quinto de los adoptados tuvieron sentimientos ambiguos o claramente insatisfactorios con la experiencia adoptiva, sentimientos que achacaban a la presión por cumplir unas expectativas parentales demasiado ambiciosas para ellos o a la ausencia de cercanía y calidez en las relaciones familiares.

También Alstein y Simon (1991) encuestan a niños adoptados internacionalmente que, mayoritariamente, reportan lazos fuertes con sus familias y sus abuelos e indican que sus padres adoptivos son los únicos padres que conocen y que querrían conocer.

Aunque el grado de satisfacción generalmente encontrado es, como vemos, muy alto tenemos que poner en cuestión la validez de estos resultados. Para Dalen (2003) las familias de adopción internacional pueden sesgar las investigaciones presentando una imagen más positiva de la que realmente viven. Las familias han sido evaluadas por personal técnico que las ha considerado preparada, capaz y comprometida con el proyecto adoptivo por lo que esperan hasta que la situación es insostenible para contradecir lo que dijeron de ellas en los informes psicosociales. Asimismo entienden que han traído a los niños por su propia voluntad y que tienen que hacer frente por sí mismos a las circunstancias, por lo que los problemas pueden estar siendo escondidos o al menos no revelados al resto de la sociedad. Por otro lado, Rosenthal y Groze (1994) advierten del riesgo de medir la satisfacción transversalmente ya que, en su estudio, la satisfacción familiar con la adopción es mayor durante la primer entrevista que tres años después, coincidiendo con la entrada en la adolescencia de la mayoría de la muestra. En cualquier caso, aunque los resultados podrían ser matizados por estas apreciaciones, podemos considerar que la mayoría de las familias están contentas y satisfechas con su adopción a través de los estudios (Groza y Ryan, 2002; Groze e Ileana, 1996; Tizard, 1991; Palacios y Sánchez, 1996b, Simon y Alstein, 1992; Triseliotis y Rusell, 1984).

2.3. OTRAS ÁREAS DE VULNERABILIDAD

2.3.1. PROBLEMAS DE SALUD

En la mayoría de las investigación sobre la salud de los niños adoptados internacionalmente se ha diferenciado la salud física de la mental (Dalen, 2003). En Europa, la mayoría de las encuestas muestra que la salud de la mayoría de los adoptados internacionales es aceptablemente buena cuando comienzan a vivir con sus nuevas familias y sólo un 10-15% estaba en condiciones físicas malas o extremadamente malas (Dalen, 2003).

Por el contrario, una evaluación reciente de los adoptados internacionales en España revela que sólo uno de cada cinco niños extranjeros está completamente sano cuando llega a España mientras que el 81,1% restante presenta alguna enfermedad y aproximadamente el 50%, dos o más enfermedades de distinta consideración (Sonego, García y Pereira, 2002). Las enfermedades más frecuentes son la anemia (32%), la parasitosis (30%) y la desnutrición (25%) mientras que un porcentaje menor de niños presentan enfermedades graves como la hepatitis o la sífilis congénita. En cualquier caso los adoptados internacionales son considerados dentro de la pediatría niños de alto riesgo (Oliván, 2001).

Los problemas de salud observados con más frecuencia en los adoptados en el extranjero son, según una revisión de la bibliografía internacional de Oliván (2001):

1. los trastornos nutricionales como la malnutrición, el raquitismo y otras vitaminopatías, la anemia ferropénica y las intolerancias alimentarias;
2. los trastornos del crecimiento como el fallo de medro y la microcefalia, la pubertad temprana y el retraso en el desarrollo;
3. los trastornos neurosensoriales como los problemas de audición, visión y las alteraciones del desarrollo neurológico relacionadas con el alcohol y el Síndrome Alcohólico Fetal;
4. los trastornos endocrinometabólicos como la deficiencia de yodo y el hipotiroidismo secundario y el hipotiroidismo congénito;
5. las enfermedades alérgicas como el asma, los eccemas y las alergias alimentarias,
6. los problemas dentales;
7. los trastornos dermatológicos;
8. los trastornos ortopédicos como alteraciones en la columna y extremidades inferiores,
9. las enfermedades infecciosas tanto bacterianas como parasitarias, la infección por citomegalovirus congénita y adquirida, la tuberculosis, la sífilis congénita y adquirida, las distintas hepatitis y el paludismo y
10. algunas otras dificultades relacionadas con la salud como las inmunodeficiencias, la intoxicación por plomo o las anemias por hemoglobinopatías.

Por el contrario, el riesgo de tener problemas de tipo atópico (alérgico) desciende cuanto más tardía es la adopción lo que hace suponer que los países de origen también previenen de algunos tipos de enfermedad comunes en los países de acogida (Hjern, Rasmussen y Helin, 1999)

Los trastornos de salud no sólo aparecen en adopción internacional; la muestra de Amorós (1987) sobre adoptados nacionales revela que un 47,3% del total de niños estudiados presentaron problemas de salud en el primer año de acogida entre los que destaca la desnutrición, los problemas respiratorios, los problemas digestivos y los problemas infecciosos que persisten total o parcialmente en un 42,6% de los casos.

La importancia de estos aspectos no radica tanto en el estado de salud inmediato a la llegada sino en el carácter crónico de algunos de los trastornos y de sus secuelas en el desarrollo integral del menor si no son tratados a tiempo (Hostetter, Iverson, Dole y Jonson, 1989). Este es el caso del retraso en el crecimiento, problemática común en los menores de muy distintas procedencias.

Varios autores que estudian de manera independiente el desarrollo de niños rumanos, chinos y rusos que habían crecido en orfanatos antes de ser adoptados coinciden en establecer que perdieron un mes de crecimiento lineal por cada tres meses pasados en el orfanato (Albers, Johnson, Hostetter, Iverson y Miller, 1997; Johnson, 2000; Jonson y Dole, 2000; Miller y Hendrick, 2000). Es así que los niños suelen estar dos desviaciones típicas por debajo de la media en peso (32-51%), altura (18 a 34%) y circunferencia de la cabeza (24-45%) (Glennen, 2002; Johnson, 2000; Miller y Hendrick, 2000; Rutter, 1998) e incluso un estudio sitúa el peso de los adoptados rumanos en Gran Bretaña por debajo del tercer percentil de peso en relación a su edad cronológica (Castle, Groothues, Bredenkamp y otros, 1999).

En cualquier caso hay que tener cautela al comparar el crecimiento y desarrollo de estos menores con las medidas antropométricas normativas de la población de acogida. Por el contrario, estos menores tendrán que ser evaluados mediante gráficas de crecimiento adaptadas tanto a su país de origen como a su tipología étnica (Allué, 2000; Oliván, 2001)

Por otro lado, más allá de la desnutrición y los retrasos en el crecimiento, tanto la gravedad como la tipología específica del resto de los trastornos dependerá en parte del contexto del que provenga el menor (Oliván, 2001). Por ejemplo, Dalen y Sætersdal (1992) en un estudio sobre los niños de la guerra de Vietnam encontró una mayor proporción de niños con malas condiciones de salud derivados del conflicto.

Actualmente están saliendo a la luz los problemas de salud de los niños procedentes de los países de Europa del Este y la antigua Unión Soviética. El incremento de la prevalencia del alcoholismo y, en consecuencia del síndrome alcohólico fetal (SAF) y los subsiguientes retrasos en el desarrollo en los países de Europa del Este (Johnson y Dole, 1999) ha sido una de las mayores fuentes de preocupación. La prevalencia del SAF es de 15 por 1000 nacimientos en Rusia frente a la tasa de 1,9 por mil de su incidencia a nivel mundial (Judge, 1999) y, es esperable que esta tasa sea mayor entre los niños entregados en adopción por lo que la probabilidad de adoptar en Rusia un menor que padezca este síndrome son más altas que en otros países. McGuinness (1998) encuentra que 43 de las 47 historias de las madres biológicas de niños entregados en adopción encuentra mencionado el consumo de alcohol durante el embarazo. Jonson y Dole (1999) encuentran un 17% de alcoholismo materno en 252 historias de niños institucionalizados en Europa del Este con una tasa diagnosticada de SAF en un 2,6% de los casos.

También se observa un aumento en el riesgo de enfermedades infecciosas y parasitarias raramente vistas en los países desarrollados. Por ejemplo, la hepatitis

B crónica se diagnosticó en un 2,6 a un 6% de los niños chinos (Miller y Hendric, 2000), un 2% de los niños residentes en orfanatos en Rusia y un 35% en Rumania (Johnson, 2000). Otras enfermedades poco frecuentes en la población infantil de los países desarrollados incluían la hepatitis C, la tuberculosis y los parásitos intestinales (Albers y cols., 1997; Johnson y cols., 1996; Miller y Hendric, 2000).

Son muchos los autores que se han preocupado, específicamente, de los problemas de salud en los niños adoptados en Rumanía (Beckett, Castle, Groothues, O'Connor, Rutter y ERA 2003). En este país, la incidencia del VIH pediátrico es muy alta alcanzando los 1094 casos diagnosticados, de los cuales un 62% vive en instituciones por lo que el riesgo de padecer esta infección en los menores procedentes de Rumania es más alto que en los menores de otros lugares. También la incidencia de la hepatitis B ha alcanzado proporciones de epidemia entre los menores de los orfanatos (Marcovitch, Cesaroni, Roberts y Swanson, 1995). A pesar de contar con estos datos, un 19,5% de las 105 familias estudiadas indicaron que no se había hecho la prueba de VIH de manera previa a la adopción y que un 28,6% no había realizado la de Hepatitis B. Fisher y cols. (1997) también establecen el 85% de los adoptados rumanos tenían algún problema médico entre los que el 28% tenía Hepatitis-B y el 31% tenía parásitos intestinales.

Por último, dentro de los riesgos asociados al área de salud, se encuentra el problema de la falta de información médica inicial y de las diferentes prácticas médicas entre los países de origen y de acogida. Por ejemplo, más de un 90% de los niños rusos está diagnosticado de encefalopatía perinatal. Este diagnóstico que puede resultar alarmante para las familias de niños sanos pero, al ser dado a cualquier niño con historias de deficiente cuidado prenatal, embarazo o parto de riesgo, nacimiento prematuro, parto largo o bajas puntuaciones en el test de apgar (Oli van, 2001) también puede estar encubriendo a los gravemente afectados dentro de estos diagnósticos genéricos.

También se ha encontrado la tendencia contraria a no diagnosticar o no reconocer determinados diagnósticos de manera que Miller, Kiernan, Mathers y Klein-Gitelman (1995) encuentran defectos de nacimiento como enfermedad cardíaca congénita, anomalías craneofaciales y hidronefrosis que no habían sido diagnosticados en los informes médicos del niño.

2.3.2. PROBLEMAS COGNITIVOS E INTEGRACIÓN ESCOLAR

En una estrategia similar a la de los estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de los adoptados en servicios de salud mental, algunos autores han estudiado la prevalencia de adoptados que precisan educación especial para valorar los riesgos cognitivos y de aprendizaje asociados a la adopción.

Silver (1989) encuentra que el número de adoptados en poblaciones con deficiencias de aprendizaje era aproximadamente 4 veces mayor a lo esperable dado

el porcentaje de adoptados en la población general, tasa replicada por Brodzinsky y Steiger (1991) al estudiar la prevalencia de los adoptados en poblaciones que estaban recibiendo educación especial con independencia de la edad de la adopción. Estos autores consideran que las tasas de necesidades educativas especiales podrían estar subestimadas porque el personal informante no siempre estaba al tanto de la condición o no de adoptados de sus escolares. También Verhulst (2000) informan de mayor tendencia de los adoptados internacionales a recibir educación especial.

A la hora de estudiar los problemas en el rendimiento escolar de los menores adoptados internacionalmente se han valorado tres áreas interdependientes: los retrasos en el desarrollo cognitivo, las dificultades con el lenguaje y los bajos resultados escolares. Algunas de estas investigaciones también ha evaluado el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) dentro de estos enfoques pero, en este estudio, se ha considerado dentro de la vulnerabilidad psicológica propiamente dicha.

RETRASOS EN EL DESARROLLO

Paralelamente al retraso en el crecimiento físico es muy frecuente el retraso en el desarrollo psicomotor de los menores, que es un precursor muy importante de su ulterior desarrollo cognitivo.

Un porcentaje muy alto de los niños rumanos adoptados tras periodos de institucionalización tenían retrasos en el desarrollo psicomotor (Castle y cols., 1999; O'Connor, Rutter, Becket y cols., 2000) y mostraron problemas a corto y medio plazo en el aprendizaje de masticar y tragar aún cuando habían sido adoptados antes de los 6 meses de edad (Beckett y cols., 2003; Cermak y Groza, 1998; Jonson, 2000). Por su parte, el 49% de las chinas tuvo retrasos en la motricidad fina y el 55% en la motricidad gruesa aunque progresaban de manera continua (Miller y Hendrick, 2000). De nuevo, se puede considerar que estos no son problemas exclusivos de los niños adoptados en el extranjero. En adopción nacional, un 20,2% de la muestra de Amorós (1987) presentó problemas de desarrollo durante el primer año de su acogida que persistieron total o parcialmente en un 73,9% de los casos. En general, se calcula que los niños de orfanato tienen un retraso en el desarrollo de un mes por cada 4 o 5 meses que han pasado en el orfanato (Jenista, 1997)

A la hora de evaluar la importancia a largo plazo de los retrasos cognitivos con los que llega el menor al hogar, Rutter (1998) expone que los niños adoptados en Rumanía antes de los 6 meses alcanzaron los niveles cognitivos normales a los cuatro años. Aunque el avance sea evidente, parece que los efectos del entorno previo de los niños tiene efectos negativos a largo plazo en el desarrollo de manera que el tiempo que pasaron en el orfanato correlaciona negativamente con las puntuaciones del cociente intelectual (Rutter, 1998), problemas conductuales y sociales (Fisher y cols., 1997) y con el apego inseguro (Chisholm, 1998) aunque los autores no

mencionan si toda esta sintomatología deriva de los retrasos en el desarrollo o covarían por el efecto que tiene la institucionalización temprana en todas las áreas del desarrollo.

Por su parte, Brodzinsky y Steiger (1991) reparan en las implicaciones de los problemas cognitivos y perceptivos en el ajuste emocional de los adoptados. Los niños con dificultades en el aprendizaje no sólo muestran problemas en el procesamiento y comprensión de la información académica sino que también manifiestan problemas similares en la comprensión de situaciones personales e interpersonales (Wender, 1987), incluyendo el sentido y las implicaciones de ser adoptado, factor que puede estar afectando a otras áreas de riesgo de los adoptados.

PROBLEMAS DE LENGUAJE

La investigación ha mostrado que aprender una nueva lengua materna es un proceso vulnerable para los adoptados internacionales, problemática ciertamente relevante ya que lenguaje es uno de los principales vehículos de adaptación, de aprendizaje, de pertenencia y de establecimiento de vínculos (Dalen, 2003).

Entre un 20 y un 40% de ellos tiene problemas de lenguaje en Escandinavia (Dalen y Saetersdal, 1992; Hene, 1988). En Gran Bretaña se informa de tasas de retrasos en el habla y el lenguaje que van del 30% al 40% (Groze e Ileana, 1996, Miller y Hendrick, 2000). Incluso llegan a alcanzar un 60% cuando se les pasa cuestionarios de lenguaje de la lengua de acogida (Albers y cols., 1997). Glennen (2002) encuentra que un 57% de los adoptados internacionales de su estudio estaban recibiendo atención en el área del habla y el lenguaje (tasa superior a la de la población general) y Clauss y Baxter (1998) encuentran que un año después de la adopción, el desarrollo del habla y el lenguaje era la preocupación fundamental de las familias que habían adoptado internacionalmente, datos, todos ellos que nos pueden dar cuenta de la relevancia de los problemas del lenguaje en los adoptados internacionales.

Para poder interpretar de dónde proviene la dificultad es importante destacar que la mayoría de los niños aprende con rapidez el idioma del país de adopción y se hacen entender de manera muy inmediata a su llegada con la ayuda de gestos y frases simples (Berntsen y Eigeland, 1987; de Geer, 1992). Además en muchas ocasiones no quieren volver a usar su lengua de origen o aprenderla (Berntsen y Eigeland, 1987; Dalen y Saetersdal, 1992) y se convierten en monolingües (Dalen, 2003). Sin embargo, el desarrollo de las habilidades lingüísticas abstractas resulta más complejo e interactúa con otras áreas del desarrollo de los niños (Dalen, 2003; Dalen y Rygvold, 1999).

En este sentido, los investigadores se han centrado en diferentes habilidades lingüísticas siendo la división más común la de lenguaje cotidiano (*day to day language*) y habilidades de lenguaje académico (*school language skills*).

- a) El lenguaje cotidiano es un lenguaje contextualizado. En él, el sentido y la comprensión del mismo está apoyado tanto en el contexto de la comunicación y otros aspectos no verbales de la comunicación como en el contexto de las palabras mismas. Es el lenguaje usado en la conversación normal del día a día.
- b) El lenguaje académico o escolar es un lenguaje descontextualizado y casi exclusivamente verbal en el que el sentido y la comprensión no viene dada por la situación comunicativa sino por su significado abstracto.

Los problemas de lenguaje de los adoptados tienen que ver con el uso del lenguaje académico que exige de niveles cognitivos y lingüísticos más complejos que el lenguaje cotidiano. El problema es que el lenguaje cotidiano no tiene que ver con los resultados académicos, mientras que hay una relación significativa entre las habilidades de manejo del lenguaje académico y los resultados escolares no sólo en las asignaturas relacionadas con el lenguaje, sino también en otras áreas como las matemáticas (Dalen 1995; Dalen y Rygvold, 1999).

Glennen y Masters (2002) encuentran que los retrasos a medio plazo en el desarrollo del lenguaje incrementan a medida que lo hacía la edad de la adopción, lo que las autoras explican por el menor tiempo de exposición al lenguaje de la familia y por los patrones de transferencia e interferencia entre lenguas que pueden afectar a la adquisición del lenguaje adoptivo.

Otros autores, sin embargo, aportan datos que refutan en cierto modo la hipótesis de que los retrasos en el desarrollo se deban, exclusivamente, a la falta de exposición previa a ese lenguaje y que dirigen las explicaciones hacia la falta de estimulación temprana de los niños de entornos carenciales. Por ejemplo, López y García (1997) y Fernández (2000) describen problemas de lenguaje en los niños de adopciones especiales en España que, evidentemente, han sido expuestos desde su primera infancia a la misma lengua que tendrán en su entorno adoptivo. Por el contrario, Hoksbergen (1997b) aporta que los niños tailandeses no tienen problemas de lenguaje en Holanda, cuando la diferencia lingüística entre los países es muy grande.

De un modo más contundente, la propia Glennen (2002) expone un estudio de Dubrovina (1991) sobre los niños institucionalizados en Europa del Este en el que se describen problemas de lenguaje en estos niños antes de salir de los orfanatos. En este estudio se encuentra que el 60% de los niños institucionalizados aún no hablaban entre los 24 y los 30 meses y que, un año después, sólo el 14% de los niños podían usar frases de dos palabras. Entre los 3 y los 4 años estos niños eran descritos como limitados en su vocabulario, con retrasos en la comprensión del lenguaje y un habla ininteligible.

En este sentido podemos afirmar que, incluso los niños adoptados a edades muy tempranas, y que consecuentemente aún no han asumido los esquemas lingüísticos de su lengua “materna” en ocasiones tienen problemas relacionados con

otras variables de estimulación temprana como la estabilidad del contacto con adultos, la estimulación sensorial o la salud física.

BAJOS RESULTADOS ESCOLARES

Aunque grupos concretos de adoptados de determinados países y en determinados momentos evolutivos muestran mejores resultados escolares que la media de la población nativa (Hoksbergen, 1997b), el mayor contingente de adoptados internacionales puntúa peor que sus pares en resultados escolares (Dalen y Rygvold, 1999), patrón este último que ya se había observado en adopción nacional tanto en la escuela elemental como durante la adolescencia (Brodzinsky y cols., 1984; Wierzbicky, 1993). Además los menores tuvieron mayores niveles de problemas académicos independientes del rendimiento escolar (Wierzbicky, 1993). De modo paralelo, los adolescentes y adultos adoptados sentían que sus padres estaban menos satisfechos con sus resultados académicos que sus hermanos no adoptados aunque este patrón no se mantiene cuando se pregunta directamente a los padres por su grado de satisfacción (Grotevant y McRoy, 1997).

Sin embargo, cuando se compara a adoptados y no adoptados en una muestra representativa a nivel nacional ($n=1587$ y $n=87165$) parece que las diferencias no son tan salientes mostrando tamaños del efecto muy pequeños para los problemas escolares y para los resultados académicos (Miller y cols., 2000). Así mismo, Palacios y Sánchez (1996b) no encuentran diferencias significativas en el rendimiento académico de los adoptados y sus compañeros de clase tal y como es evaluado por los profesores, aunque se encuentra en los adoptados un grupo importante con rendimiento muy inferior al promedio.

Es difícil saber en qué medida las dificultades escolares de los adoptados vienen derivadas de los problemas cognitivos y de desarrollo, del déficit de atención asociado a las altas tasas de hiperactividad en adoptados, de las dificultades de conducta cuando se dan en el contexto escolar o del propio retraso en la escolarización (al que a veces se suma las dificultades con el lenguaje, especialmente con el lenguaje académico como se ha apuntado más arriba).

Por otro lado, también se puede hipotetizar que el sesgo que acompaña la percepción de la conducta de los adoptados esté interfiriendo en el contexto académico, de manera que los profesores y educadores sean más sensibles e hipervigilantes con las dificultades escolares cuando saben que el alumno es adoptado. En un estudio sobre el rendimiento escolar de niños en acogimiento familiar permanente en el Reino Unido encuentran que estos chicos tenían un bajo rendimiento en lectura, vocabulario y matemáticas pero no encuentra la explicación centrada en las expectativas de bajo rendimiento por parte de profesores ni tampoco en los problemas de conducta de los menores, sino principalmente en el historial del maltrato previo (Colton, Heath y Aldgate, 1994).

Esta constelación de factores interrelacionados, unida a la importancia de la integración escolar como vía de integración social, requiere una investigación específica al respecto.

2.3.3. PROBLEMAS DE IDENTIDAD

Se especula comunmente que la resolución de la crisis de identidad en la adolescencia es una tarea más compleja para los adoptados que para los no adoptados. Si siguiéramos las etapas de la formación de identidad que propone Erickson se podría predecir un mayor riesgo de resolución inadecuada en todas ellas, comenzando por la etapa de seguridad/ inseguridad básica e incluyendo la etapa de identidad de yo (Hoopes, 1990). Especialmente en la pubertad los adoptados tienen trabajo adicional a la hora de construir su identidad por la necesidad de integrar el conocimiento de sus orígenes en la percepción de su propia personalidad.

En una revisión de estudios anteriores, Kim y cols. (1999) apuntan a que los adoptados internacionales han mostrado resultados muy favorables en casi todas las áreas de desarrollo a excepción de los conflictos de identidad, lo que puede hacer pensar que los adolescentes adoptados en el extranjero, especialmente los interraciales pero no sólo ellos, experimentan procesos de construcción de la identidad más intensos y complicados que los adoptados nacionales (Tizard, 1991).

AUTOESTIMA

A pesar de las hipótesis teóricas y clínicas sobre la construcción de la identidad de los adoptados apuntan a que estos tendrían mayores problemas de autoestima que los no adoptados, son pocos los estudios empíricos que avalan esta hipótesis. Miller y cols., (2000) encuentran que los adoptados muestran entre los 10 y los 19 años menos autoestima y menos expectativas de futuro así como más distrés emocional que los no adoptados, siendo las diferencias significativas pero los tamaños del efecto muy moderados. Levy-Shiff (2001) y Borders, Penny y Portnoy (2000) también encuentran mayores problemas de autoestima en los adultos adoptados.

Un gran número de estudios apuntan a que los menores adoptados no tienen mayores problemas de autoestima que sus pares no adoptados (Stein y Hoopes, 1995; Fergusson y cols. 1995). Incluso algunas muestras de adoptados nacionales e internacionales superan a la población normativa en cuanto a autoestima se refiere (Benson, Sharma y Roehlkepartain, 1994, Groze, 1992; Palacios y Sánchez, 1996a; Westhues y Cohen, 1997). Estas diferencias se dan cuando los adoptados lo han sido a edades tempranas, tendiendo a desaparecer a medida que aumenta la edad de adopción del menor (Palacios y Sánchez, 1996a).

Los resultados no parecen tan claros cuando se compara a los adoptados con los hijos biológicos de sus padres adoptivos. Benson y cols. (1994) encuentran que

tienen iguales objetivos vitales, claridad acerca de quién es uno y autoafirmación, sin embargo Westhues y Cohen (1997) encuentran menores puntuaciones en autoestima en los adoptados que en sus hermanos no adoptados.

IDENTIDAD CULTURAL Y RACIAL

Unidos a los problemas en la construcción de una identidad personal adecuada que se postulan para los adoptados, hay una hipótesis comúnmente aceptada dentro de determinados sectores de la adopción que considera que todo niño criado en un entorno cultural y étnico diferente al que le es propio por nacimiento, vivirá con dificultad su integración personal, siendo sus orígenes culturales y étnicos un obstáculo para el desarrollo de una autoestima y una identidad personal sanas.

La polémica en torno a la adopción interracial fue generada a principios de los años 70 por la “Asociación Nacional de Trabajadores Sociales Negros” (NABSW), fundamentalmente en torno a la adopción de niños afro-americanos por familias blancas en Estados Unidos (NABSW, 1972, citado en Hollingsworth, 1999; Silverman, 1993; Simon y Alstein, 1977). Desde los presupuestos de esta asociación la adopción inter-racial provocaba inadaptación psicológica y una pobre identidad racial, incapacitaba a los menores para afrontar el racismo y la discriminación¹⁰ y, en definitiva, suponía un “genocidio cultural” (Simon y Alstein, 1977). Políticas muy similares de fomento de las adopciones intra-raciales y estigmatización de las inter-raciales se pusieron en marcha en la Gran Bretaña de los años 70 (Silverman, 1993).

A pesar de que desde algunos países de origen de niños adoptados internacionalmente en EEUU y Europa se habla de la adopción internacional como “la última expresión del imperialismo americano” (Tizard, 1991), podemos decir que los estudios al respecto han sido secundarios en Europa mientras que la polémica ha ocupado un puesto principal de la investigación en el contexto anglosajón (Dalen, 2003).

En los estudios centrados en valorar el desarrollo de la identidad racial en los adoptados inter-raciales se define este concepto en términos de preferencia por el grupo racial, auto-identificación racial y conocimiento o conciencia de la pertenencia al propio grupo racial.

Andujo (1988) estudió la identidad racial midiendo los niveles de aculturación –o el grado en el que los individuos están familiarizados y adoptan las tradiciones y la herencia de la cultura dominante– como señal de una pobre identidad racial y midiendo, por otro lado, el grado de orgullo en su herencia y apariencia étnica. En este sentido encontramos ciertos problemas, nunca mayoritarios, como la ver-

¹⁰ “Black children should be placed only with Black families either in foster care or for adoption. Black children belong, physically, psychologically and culturally in Black families in order that they receive the total sense of themselves and develop a sound project of their future... Black children in White homes are cut off from the healthy development of themselves as Black people” (extraído de Simon y Alstein, 1977, p. 50)

güenza o la distancia de los adoptados frente a las personas de su misma raza (Tizard, 1991) o verbalizaciones del tipo “*preferiría ser blanco*” o “*no me gusta pasar tiempo con personas de mi misma raza*” (Rushton y Minnis, 1997).

Algunas investigaciones encuentran, por el contrario, que los menores adoptados inter-racialmente tienen mayor conciencia de su raza y muestran mayor preferencia hacia ella que los adoptados intra-raciales a edades tempranas pero detectan diferencias en los patrones desarrollo de la identidad racial concluyendo que estas diferencias pueden ser los precursores de problemas de adaptación y de identidad (Jonson, Shireman y Watson, 1987; Shireman y Johnson, 1986).

McRoy, Zurcher, Lauderlane y Anderson (1982) también encuentran una mejor identidad racial en los adoptados inter-raciales que en los intra-raciales y relacionan esta identidad positiva con la aceptación por parte de los padres de la identidad racial de sus hijos y con el carácter multi-étnico de la escuela y del barrio en el que se inserta el menor. Andujo (1988), por otro lado, apunta a que las diferencias en identidad racial y preparación para afrontar el racismo dependen más del estatus socio-económico de la familia que de la raza de los padres.

Grotevant y McRoy (1997) aportan que en su estudio el 70% de las mujeres y el 95% de los varones se sentían cómodos o muy cómodos con su procedencia étnica y sólo un 5-8% respectivamente se sentían algo o muy incómodos, mientras que el resto afirmaba no sentirse ni cómodo ni incómodo. Como era previsible, se encontraron diferencias significativas en este punto con sus hermanos no adoptados en los que no aparece nunca la incomodidad frente a la procedencia étnica.

Berástegui (2003a) observa cómo estas investigaciones no aciertan a encontrar grandes diferencias en la identidad racial de los menores en función de la composición racial de la familia y, ninguna de las estudiadas, logra encontrar un nexo de unión, más allá de la ideología, entre la identidad racial positiva y la autoestima, la adaptación psicológica y familiar y el bienestar del menor, en último término.

Parece que el movimiento contra la adopción inter-racial hunde más sus raíces en el enfado y el dolor que las comunidades minoritarias experimentan por causa del racismo estructural que han padecido –y que genera una suerte de racismo “*de vuelta*” frente a la comunidad tradicionalmente dominante-, que en la comprobación de un peligro real para los niños, cuyo interés debería sobreponerse a todo otro principio (Adroher y Berástegui, 2000; Berástegui 2003a; O’Brian, 1994). Aún así, un cierto número de adoptados y un cierto número de familias encontrarán problemas relacionados con este punto por lo que no puede ser una cuestión olvidada en la investigación europea.

2.3.4. PROBLEMAS DE INTEGRACIÓN SOCIAL

La mayoría de la investigación sobre la adaptación se ha centrado en niños y adolescentes pero se sabe muy poco sobre la adaptación del adoptado a la vida

adulta (Levy-Shiff, 2001). En los países con más arraigo de la adopción tal y como se entiende en la actualidad, y especialmente de la adopción internacional, se ha podido emprender una línea de investigación encaminada a valorar la integración social de los adoptados una vez han alcanzado la vida adulta, investigación que sería prácticamente impensable en nuestro país. Las cuestiones que más se han estudiado en cuanto a la integración social de los adoptados han sido el grado de integración en su entorno, el grado de inserción educativa y laboral, el grado de aceptación o rechazo social que es vivido por los adoptados y su capacidad para asumir las tareas de la vida adulta tales como la emancipación o la construcción de una familia.

En la vida adulta, los adoptados mostraron más similitudes que diferencias con un grupo equiparado de entre sus amigos (Borders y cols., 2000). No se encontraron diferencias significativas en satisfacción vital, objetivos vitales y abuso de sustancias. Por el contrario se encontró una mayor dificultad para vincularse con otros significativos y apegarse como adulto, mayor depresión y menores niveles de apoyo social en los adoptados que en sus amigos no adoptados (diferencia que puede estar explicada porque los adoptados tenían menos hermanos que sus amigos). Los autores advierten que las diferencias entre los adoptados y no adoptados pueden ser explicadas por el grupo de adoptados que habían iniciado la búsqueda de sus orígenes que, por lo general, mostraban peores resultados que el resto de los adoptados.

Parece que en lo que es la vida adulta, los adoptados internacionales alcanzan niveles de educación universitarios en un grado superior a la población general pero hay variaciones importantes dentro del propio grupo (Botvar, 1999; Nicolayson, 1998, Moser, 1997). También Lindblad y cols. (2003) encuentran en una generación de adoptados internacionales en Suecia, niveles educativos semejantes a los de la población general, sin embargo estos niveles educativos eran más bajos cuando se ajustaba en función del estatus socioeconómico de la familia.

Estos datos parecen entrar en contradicción con el mayor riesgo de los adoptados a tener problemas escolares. Otras investigaciones, sin embargo, han apuntado a que las dificultades escolares y el hecho de no completar la educación secundaria había coartado las posibilidades de educación y trabajo posteriores en los adoptados internacionales (Brottveit, 1999; Saetersdal y Dalen, 1999) y, consecuentemente, dificultado su integración social.

Parece que entre los adoptados se da una tendencia inversa que en la población general a seguir los patrones educativos de los padres. Verhulst y cols. (1990) explican estos patrones por un menor apego de los adoptados a la clase social en la que han crecido por lo que les resulta más fácil romper los patrones educativos de clase. La explicación complementaria la aporta Nicolaysen (1998) conjeturando que los padres pueden haber aprendido a afrontar que sus hijos son diferentes y están más abiertos a la idea de que rompan los esquemas de clase en la elección de estudios y trabajo.

En último término, puede que el descenso de estatus educativo y laboral no se deba sólo al propio posicionamiento del adoptado. Parece que los adoptados, especialmente los interraciales, pueden ser víctimas del racismo latente en el mercado laboral. Rooth (2002) encuentra que los adoptados interraciales tienen en Suecia menor probabilidad de ser empleados que los nativos o que los adoptados con características étnicas no diferenciales. Además, esta menor tasa de empleo no podía ser explicada por ninguna variable de las estudiadas más allá de la diferencia racial.

En consecuencia, es esperable que los adoptados internacionales acepten mejor sus orígenes culturales que sus diferencias étnicas (Brottveit, 1999; Saestersdel y Dalen, 1999) ya que son éstas las que les colocan, a los ojos de la sociedad, en un mundo que no sienten suyo. Por lo general, esto hace que los adoptados mantengan la distancia de inmigrantes y refugiados, incluso más que sus pares no adoptados. Brottveit (1999) apunta que los adoptados tienen una procedencia cultural estigmatizada y una discapacidad de rol étnico ("*ethnic rol disabilitie*"), es decir que ellos se autoidentifican como pertenecientes a un entorno que no le identifica como propio y que, de hecho, le identifica como extranjero.

La investigación aporta, sin embargo, datos en la dirección opuesta como que los adoptados son más tendentes a cometer delitos que sus pares no adoptados y que sin embargo muestran unas tasas muy semejantes a las de la población inmigrante en las mismas edades (Hjern y cols., 2002) o que, al igual que esta población, dependen durante más tiempo de los servicios sociales durante su vida adulta (Lindblad y cols., 2003).

Desde una perspectiva clínica también se han observado algunas complicaciones en la inserción en la vida adulta de los adoptados como la especial dificultad que supone el proceso de emancipación para algunas familias o la crisis que puede suponer para el adoptado. También son frecuentes las referencias a una crisis en el adoptado que va a tener su primer hijo, especialmente en el caso de las mujeres (Borders y cols., 2000; Deacon, 1997).

2.4. LA ADOPCIÓN COMO REDUCTORA DEL RIESGO

Como queda reflejado en los puntos anteriores, el mayor contingente de la investigación sobre adopción está basado en una visión patológica de la adopción, colocando el foco de interés en las posibles diferencias negativas y problemáticas entre la adopción y la filiación biológica y son pocos los estudios que ponen en cuestión el riesgo y la vulnerabilidad que vive la familia adoptiva.

Los estudios epidemiológicos llevados a cabo en varios países muestran que la mayoría de los niños y adolescentes adoptados de otros países funcionan bien en sus nuevas familias y países (Andresen, 1992; Bagley 1993; Berástegui, 2003b; Cederblad, Irhammer, Mercke y Norlander, 1994; Simon y Alstein, 1996; Verhulst y cols.,

1990). En una revisión de los estudios realizados sobre adopción internacional en los países escandinavos, Dalen (2003) concluye que los adolescentes adoptados están suficientemente bien adaptados en torno a los 12 años sin ningún signo de problemas mayores en un 75%, resultados similares a los encontrados en los nativos de sus países de acogida. Así, la adaptación psicosocial de un alto porcentaje de adoptados internacionales es comparable a la de sus pares no adoptados (Beckett, Grookhues y O'Connor, 1998; Fisher y cols., 1997; Groze e Ileana, 1996; Marcovitch y cols., 1995; Rutter, 1998) y funcionan bien incluso cuando son comparados con los hijos biológicos de sus padres adoptivos (Benson y cols., 1994; Cederblad, Hollk, Irhamar y Mercke, 1999; Kim y cols., 1999)

Cuando se tiene en cuenta que muchos de los adoptados internacionales han tenido un comienzo de la vida muy difícil, estos resultados son aún más gratificantes y optimistas y parece que indican que la adopción es una solución que da a los niños nuevas oportunidades en la vida y que es posible curar las heridas previas de su historia (Palacios, 1998).

En este sentido, la adopción ha demostrado ser exitosa como medio de proteger el bienestar y el desarrollo del menor: los niños adoptados crecen significativamente mejor y tienden a mostrar mayor inteligencia, mejores resultados escolar, mejores relaciones familiares y mayor ajuste psicosocial que aquellos que crecen en ambientes de institucionalización o en cuidado acogedor (Andresen, 1992; Bohman, 1970; Bohman y Sigvardsson, 1990, Fergusson y cols., 1995; Tizard y Hodges, 1990; Triseliotis y Hill, 1990; Triseliotis y Russell, 1984). También muestran mayor ajuste a largo plazo que los niños que crecen con padres biológicos que no los desean o son ambivalentes con respecto a su crianza (Bohman y Sigvardsson, 1990).

Colombo, Parra y López (1992) en Chile muestran cómo, partiendo de las mismas condiciones de desnutrición y deprivación ambiental, los niños que fueron adoptados y la mitad de los que volvieron con sus familias biológicas alcanzaron un nivel de desarrollo, físico e intelectual normal, mientras que los niños que permanecieron institucionalizados mostraron retrasos en el crecimiento físico y en el desarrollo intelectual. Los niños adoptados alcanzaron un cociente intelectual 15 puntos superior al de los niños institucionalizados o que permanecían con sus familias biológicas, especialmente quedan por encima del resto de los grupos en la inteligencia verbal.

Ferguson y cols. (1995) en Nueva Zelanda realiza un estudio longitudinal en el que compara tres grupos de niños de la misma cohorte. Si bien encuentran más problemas externalizantes entre los que fueron adoptados nada más nacer y los que viven con sus dos padres biológicos, también destacan que los niños criados por sus madres biológicas solteras (que habían barajado la idea de darlos en adopción) mostraron no sólo más problemas externalizantes y de hiperactividad que los adoptados, sino también más problemas internalizantes y de autoestima que los anteriores grupos (que no mostraban diferencias entre sí). Las diferencias que

encuentran son significativas aunque relativamente débiles para predecir la adaptación en la adolescencia. Este estudio reduce los problemas de investigar con niños que tienen historias muy diferentes y que están en momentos evolutivos también diferentes.

En esta dirección, la investigación de Palacios y Sánchez (1996a) sobre la adopción en Andalucía compara a los adoptados, no sólo con sus compañeros de clase actuales, sino con los que serían sus compañeros de no haber sido adoptados (niños que permanecen en las instituciones o bien que se han criado en sus familias biológicas en entornos similares al entorno original de los adoptados) y encuentran diferencias en la edad escolar entre los compañeros de los adoptados y los que éstos dejaron atrás con la adopción en el total de problemas de conducta; mientras que los adoptados quedan situados en posiciones intermedias, no diferenciándose significativamente ni de unos ni de otros aunque sus puntuaciones se encuentran ligeramente más cerca de las puntuaciones de sus compañeros actuales. Esto es así a pesar de que el 42% de la muestra pertenece al grupo de adopciones especiales. Cuando atienden a conductas específicas encuentran, como ya hemos apuntado, que los adoptados tienen más problemas de hiperactividad en edad escolar que sus compañeros actuales, no diferenciándose del resto de los grupos. Sin embargo tienen menos problemas de ansiedad que los institucionalizados, tanto en edad escolar como a partir de los 12 años, no existiendo diferencias con sus compañeros actuales.

Palacios y Sánchez (1996b) también encuentran un alto grado de satisfacción en los padres con respecto al rendimiento académico de sus hijos, datos que concuerdan con los aportados por los profesores. Por el contrario, encontramos diferencias entre ambos grupos (adoptados y sus compañeros) y los niños que permanecieron institucionalizados que muestran, mayoritariamente, resultados académicos inferiores o muy inferiores a la media. En la misma línea, tanto los adoptados como sus compañeros actuales tienen mayor motivación hacia el aprendizaje que los niños institucionalizados o los menores que han permanecido con sus familias biológicas en las zonas de las que provienen los adoptados.

Estos datos indican que, a pesar del riesgo inherente a la salud psicológica, a la integración familiar y a otras áreas del desarrollo en comparación con sus pares no adoptados, para la mayoría de los adoptados, la adopción es una experiencia que cambia por completo sus perspectivas vitales y reduce significativamente el riesgo inherente a su historia previa de privación (Marcovitch, Goldberg, Gold y cols., 1997; Palacios y Sánchez, 1996a).

A pesar de los positivos resultados de la investigación, el conjunto de los datos referidos también indican que de un 25 a un 30% de los adoptados internacionales tienen problemas asociados al lenguaje, el aprendizaje, la identidad y la diferencia racial. Los esfuerzos investigadores deberían centrarse, por lo tanto, en determinar cuáles son las variables y dinámicas que facilitan esta adaptación y cuales la dificultan.

CAPÍTULO 3

FUENTES DE VARIABILIDAD Y TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LA ADAPTACIÓN ADOPTIVA

Una de las grandes dificultades en establecer un patrón general de adaptación para los menores adoptados es la gran variabilidad existente en torno a la adopción de manera que dos familias adoptivas pueden diferenciarse más entre sí (en función de múltiples características del menor, de la familia en sí y del entorno en el que se dan sus relaciones) de lo que lo hace una familia adoptiva concreta con otra biológica (Grotevant, Ross, Marchel y McRoy, 1999; Palacios, 1998; Palacios y Sánchez, 1996a).

En un intento por explicar las variables implicadas en la presencia o el aumento del riesgo, la investigación ha barajado tres grupos de variables: las variables de riesgo del menor, las variables dependientes del proceso de adopción y los servicios adoptivos y, por último, las variables de la familia adoptante (Barh y Berry, 1988; Festinger, 1990; Haugaard, 1998; Rosenthal, 1993). Al igual que ocurre con el concepto de adaptación, la selección de las variables a explorar es una decisión ideológica y que, además va a marcar la dirección de las políticas a seguir en adopción (Serbin, 1997).

Por otra parte, la mayor parte de la literatura científica en torno a la adopción se centra en determinar cuáles son los factores (especialmente preadoptivos) asociados al ajuste en la adopción y a la estabilidad de la relación adoptiva pero se ha realizado un menor esfuerzo en tratar de establecer las causas de dicha vulnerabilidad. En este sentido uno de los mayores problemas que ha tenido la investigación sobre adopción es que ha sido deliberadamente ateorica durante mucho tiempo,

por lo que la comprensión del riesgo psicológico asociado a en la adopción es limitada (Brodzinsky, 1987a).

A pesar de que la mayor parte de la investigación no haya seguido determinados modelos teóricos, sí que se han desarrollado distintas teorías para explicar el riesgo asociado a la adopción. Las perspectivas teóricas clásicas que se han desarrollado en torno a la adopción, a excepción de la teoría del rol social de Kirk (1964, 1981) han centrado sus esfuerzos en explicar el riesgo inherente al menor (biogenetistas) y los retos que éste tendrá que superar en el proceso de vinculación (teoría del apego) y de construcción de su identidad (perspectiva psicodinámica) (Brodzinsky, 1990). Son menores o al menos más recientes las teorías que han incluido a la familia adoptante en la ecuación teórica que explica la adaptación.

3.1. VARIABLES Y TEORÍAS CENTRADAS EN EL MENOR ADOPTADO

El mayor contingente de la investigación sobre adopción se ha centrado en estudiar las variables de los menores que suponen un mayor riesgo de adaptación y estas variables son las que más consistentemente se han relacionado con el desarrollo de problemas de adaptación en los menores. Especial consenso se da frente al efecto de la edad (Sharma, McGue y Benson, 1996b), de las experiencias traumáticas (Groza y Ryan, 2002; Smith y Howard, 1994) y de los problemas de conducta y otras necesidades especiales con las que el menor llega al hogar (Berry y Barth, 1989; McDonald, Lieberman, Partridge y Hornby, 1991; Rosenthal, Schmidt y Connors, 1988), variables que han sido relacionadas con el riesgo en la adopción desde muy diversas metodologías de estudio.

Es indudable que las características del niño explican una parte muy importante del proceso de adaptación. Por ejemplo, McDonald y cols. (2001) encuentran en un estudio realizado sobre 159 familias que habían adoptado entre año y medio y dos años antes de la recogida de datos, que las características del niño explicaban un 39,6% de la varianza de la adaptación familiar entendida como estabilidad de la convivencia adoptiva.

Siguiendo el esquema de Hajal y Rosenberg (1991), podemos entender que, junto con las características sociodemográficas que se han estudiado en adopción, los factores del menor que pueden estar interviniendo en la adaptación adoptiva son:

- Factores genéticos y hereditarios.
- Deficiencias en la atención prenatal y perinatal.
- Historial de abuso, maltrato o negligencia.
- Dificultades para establecer un sentimiento firme de identidad debido a la discontinuidad genealógica y los conflictos sexuales.

- Adquisición de comportamientos funcionales para sobrevivir en contextos en los que se han desarrollado y que pueden ser inadaptables para la nueva familia.

Este último factor mencionado por Hajal y Rosemberg lo estudiaremos junto a otras necesidades especiales con las que llega el menor a la adopción. Así mismo, estudiaremos de manera independiente las dificultades del adoptado en el establecimiento del vínculo con los padres adoptantes, factor que ha sido generalmente incluido en los problemas derivados de la historia previa del menor pero que tiene una entidad especial.

3.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

SEXO

Los estudios no clínicos sobre las diferencias conductuales y de ajuste entre adoptados y no adoptados, generalmente encuentran mayores problemas en los varones adoptados que en las niñas (Andresen, 1992; Berry y Barth, 1989; Miller y cols., 2000; Stams y cols., 2000; Verhulst y cols., 1990).

En adopción internacional, Verhulst y cols. (1990) encuentran puntuaciones más altas de problemas en chicos que en chicas, diferencias que se acentúan en el extremo de las puntuaciones clínicas donde se sitúan el doble de varones adoptados que de chicas. También Andresen (1992) encuentra que los adoptados internacionales tienen más problemas de conducta que las adoptadas. En adopción nacional, Miller y cols. (2000) concluye que las diferencias entre adoptados y no adoptados son mayores en la adolescencia para los chicos que para las chicas con la única excepción de los resultados académicos y los problemas escolares. Las diferencias en los tamaños del efecto fueron especialmente relevantes para el uso de sustancias, los problemas psicológicos (autoestima, estrés emocional y expectativas de futuro) y problemas físicos.

Berry y Barth (1989) apuntan a que los varones adoptados desarrollan más problemas de tipo externalizante e hiperactivo que las niñas mientras que Stams y cols. (2000) encuentran más problemas dentro del rango clínico en varones, tanto para las conductas externalizantes como para las internalizantes a los siete años edad.

Aunque la tónica general es considerar que los niños adoptados tienen más problemas de conducta que las niñas adoptadas y que estos se diferencian más de los no adoptados que las adoptadas de las no adoptadas, algunos estudios no encuentran diferencias (Logan y cols., 1998; Rosenthal y Groze, 1991) y un tercer estudio encuentra mayores problemas de conducta en las niñas adoptadas que en las no adoptadas no encontrando diferencias similares entre los varones (Bimmel y cols., 2003).

En esta línea, los estudios clínicos suelen encontrar en las niñas adoptadas en tratamiento clínico mayor tendencia a ser diagnosticadas de trastornos de conducta o de trastornos de personalidad antisocial que las no adoptadas, patrón que no se replica en los varones (Goldberg y Wolkind, 1992; Rogeness y cols., 1988).

Por lo general, los estudios sobre la ruptura no han encontrado relación entre el sexo de los menores y la ruptura de la adopción (Barth y cols., 1988; Benton y cols., 1985; Berástegui, 2003b; Boyne y cols., 1984; Coine y Brown, 1985; Festinger, 1986; Kadushin y Seidl, 1971; McDonald y cols., 1991; Partridge y cols., 1986; Zwimpfer, 1983) aunque los estudios que encuentran diferencias siempre colocan en una situación de mayor riesgo a los varones (Boneh, 1979; Hoksbergen y cols., 1988; Nelson, 1985; Rosenthal y cols., 1988; Schmidt, Rosenthal y Bombeck, 1988). Rosenthal y sus colaboradores (1988) citan tres estudios, incluido el suyo, en los que parece darse una cierta sobre-representación de los varones en la muestra de adopciones rotas y un cuarto (Nelson, 1985) en el que se daba una tasa mayor de disolución para los varones.

El mismo estudio nos indica los resultados de una investigación independiente llevada a cabo por el Departamento de Servicios Humanos de Oklahoma (ODHS) en el que se encuentra una diferencia pequeña y no significativa entre las tasas de ruptura entre niños y niñas siendo la tasa de los varones ligeramente mayor. Cuando se estudió la edad como variable controladora, entre las adopciones de niños menores (de ocho años o menos) los varones tenían una tasa mayor de ruptura mientras que entre los mayores (adoptados de 9 a 17 años) la tasa era mayor para las niñas.

Paralelamente, Berástegui (2003b) encontró que la mitad de las niñas cuyas adopciones se habían roto o estaban en riesgo eran adolescentes (mayores de doce años) mientras que los niños de este grupo se situaban en edades intermedias. Esta diferente distribución de la edad de ruptura en función del sexo quizás se deba a que las mismas problemáticas se presentan en diferentes momentos evolutivos en niños y en niñas (Rosenthal y cols., 1988), o a que las problemáticas tolerables para los padres adoptivos son diferentes para los niños que para las niñas y por lo tanto y el momento evolutivo en que estas problemáticas específicas aparecen es diferente (Berástegui, 2003b).

CARACTERÍSTICAS ÉTNICAS

Si bien la pertenencia a un grupo étnico minoritario ha estado clásicamente asociado a las necesidades especiales en la adopción nacional (Palacios y Sánchez, 1996b) en adopción internacional no se puede considerar de este modo.

Contrariamente a las propuestas de los detractores de la adopción interracial que indican peores niveles de adaptación personal y familiar de los niños pertenecientes a minorías étnicas (Jonson y cols., 1987; Shireman y Jonson, 1986), en los estudios generales sobre adopción encontramos que la variable raza del menor no

se encuentra especialmente relacionada con la adaptación del menor a la familia y tampoco con el fracaso de la adopción (Barth y cols., 1988; Benton y cols., 1985; Berástegui, 2003b; Boneh, 1979; Boyne y cols., 1984; Brodzinsky, 1998; Coine y Brown, 1985; Festinger, 1986; Kadushin y Seidl, 1971; Logan y cols., 1998; McDonald y cols., 1991; Partridge y cols., 1986).

Las investigaciones específicas sobre las adopciones inter-raciales muestran también un nivel de adaptación general equiparable al del resto de las adopciones, situándose el rango de ajuste entre un 70% y un 90% (Fansel, 1972; Kim, 1995; Rushton y Minnis, 1997; Tizard, 1991). No se detectan especiales diferencias en el comportamiento en casa, en el colegio y en el rendimiento escolar frente a otros niños adoptados y parecen desarrollarse relaciones estrechas y de satisfacción mutua entre padres e hijos (Tizard, 1991). Tampoco se han encontrado diferencias en autoestima entre los niños adoptados inter-racialmente e intra-racialmente (Andujo, 1988; McRoy y cols., 1982; Simon y Alstein, 1977).

Los pocos estudios que han encontrado diferencias de adaptación en los menores en función de la raza no coinciden en los tipos étnicos que alcanzan mejores o peores resultados. Por ejemplo, en el estudio de Berry y Barth (1990) los adolescentes hispanos y negros mostraban tasas de ruptura significativamente menores que los blancos y estos menores que los de rasgos asiáticos. Por otro lado, Miller y cols. (2000) encuentran que el tamaño del efecto de las diferencias entre adoptados y no adoptados es, en general, menor entre blancos, negros y nativos americanos que los de la muestra general mientras que los tamaños del efecto eran mayores entre asiáticos e hispanos en comportamientos como el uso de sustancias, la salud psíquica, y comportamientos de tipo antisocial como no ir a clase, meterse en peleas o mentir a los padres. También Sharma y cols. (1996a) encuentran diferencias en la adaptación de los menores en función de su raza en consumo de drogas ilícitas, emocionalidad negativa, comportamiento en la escuela y cercanía a los padres. Sin embargo, los tamaños del efecto fueron mayores no sólo para hispanos sino también para negros y nativos americanos. En cambio, las diferencias fueron menores, según los tamaños del efecto, entre caucásicos y especialmente entre los asiáticos.

Quizás la diferencia en la conducta o en la adaptación de los menores no radique en las características étnicas en sí sino en la divergencia racial con la familia adoptante (Logan y cols., 1998; Miller y cols., 2000) o en las dinámicas especiales que pueden entrañar las adopciones internacionales que forman un contingente importante de las adopciones interétnicas (Miller y cols. 2000). En este caso, ambos factores son dependientes no tanto del menor como de la composición familiar tras la adopción.

PAÍS DE ORIGEN

El grueso de los estudios revisados están centrados en adopción nacional por lo que el país de origen de los niños no ha sido una variable estudiada en profundidad.

Sin embargo, Hoksbergen y cols. (1988) nos muestran que los mayores porcentajes de institucionalización en la adopción internacional holandesa se daban en niños procedentes de Colombia (7,3%), Líbano (6,0%) y Corea del Sur (5,6%). En palabras de Hoksbergen: “*estas diferencias entre países probablemente se deban a la variación en la media de edad de la adopción, la historia previa del niño y la manera en la que se organiza la adopción*”¹¹ (Hoksbergen, 1997b; p.36).

Albers y cols. (1997) destacan que las adopciones realizadas en la antigua Unión Soviética muestran más dificultades emocionales, conductuales y más retrasos en el desarrollo que las de otros países como Corea. Si bien alguno de los factores relacionados con el aumento del riesgo tiene que ver con la historia previa del menor, también se destacan otras variables como la motivación de lucro de algunas agencias como desestabilizadoras de la posterior relación familiar.

Berástegui (2003b) apunta a que las mayores tasas de truncamiento y riesgo de la adopción en la Comunidad de Madrid se dieron en niños procedentes de Rusia que acaparaban un 83,3% de estas adopciones. Esta sobrerrepresentación estaba determinada por una edad media de los menores significativamente mayor que la de el resto de los países y por la especial actuación de una ECAI concreta que tramitó el 66,7% de las adopciones rotas y que trabajaba con este país.

En este sentido, el país de origen que es considerado por la mayoría de los autores como una variable perteneciente a las características del menor debería considerarse como una variable del proceso de adopción ya que la nacionalidad determina el procedimiento de adopción desde el país de origen, las edades de los menores asignados, la información relativa al estado de los menores y a su historia previa y el funcionamiento de las entidades que tramitan la adopción hacia uno u otro país como proponen los autores precedentes (Albers y cols., 1997; Berástegui, 2003b; Hoksbergen y cols., 1988).

EDAD DE ADOPCIÓN

Durante mucho tiempo se ha considerado que la edad de la adopción era la variable más importante para asegurar el éxito de la adopción, de manera que ha sido una creencia común en la práctica y en la investigación que cuanto más joven se adoptara el menor (preferiblemente de manera inmediata al nacimiento) mayores posibilidades tendría de desarrollarse satisfactoriamente mientras que, cuanto más tiempo pasaba desde su nacimiento a su adopción, el riesgo de inadaptación iría creciendo exponencialmente.

La edad se ha relacionado, a través de las investigaciones con todas las áreas de la adaptación estudiadas en adopción como los problemas emocionales y conductuales en general (Verhulst y cols., 1990), los problemas externalizantes en par-

¹¹ Traducción de la autora.

ticular (Simmel y cols., 2001), el retraso en el desarrollo cognitivo (Morison, Ames y Chisholm, 1995; Rutter, 1998), el bajo rendimiento escolar (Verhulst y cols., 1990) y la disminución de la autoestima.

Verhulst y cols., (1990) apuntan a que el retraso en la edad de la adopción está asociado, en adopción internacional, a un aumento de la conducta delincuente y los problemas de aislamiento en los chicos y a un aumento de los problemas de pensamiento, agresividad y ansiedad-depresión en chicas medidos con el CBCL mientras que Berry y Barth (1989) lo asocian al aumento de los problemas de hiperactividad y también de delincuencia (Berry y Barth, 1989).

También se ha determinado que a mayor edad de la adopción mayor riesgo se encuentra de que los problemas de los menores alcancen gravedad clínica. Logan y cols. (1998), por ejemplo, informan de que la media de problemas de conducta de los adoptados siendo mayores de dos años quedó por encima del rango clínico del CBCL mientras que los adoptados más jóvenes tuvieron una media de problemas de conducta muy similar a la de la población normativa.

Sharma y cols. (1996b) estudian el efecto de la edad de adopción en la adaptación psicosocial de una muestra de más de cuatro mil adoptados nacionales frente a un grupo control equiparado y concluye que a medida que aumenta la edad de la adopción el nivel de adaptación de los menores decrecía. Divide su muestra en cuatro grupos de edad: los adoptados antes del segundo año de vida, los adoptados entre los dos y los seis años, los adoptados entre los seis y los diez años y los adoptados con más de diez años. De entre estos grupos, los adoptados con menor edad eran los más similares al grupo control y aunque persistían las diferencias en algunas de las áreas de ajuste, los tamaños del efecto eran muy pequeños. Este grupo de edad es también el que explica los mayores niveles de comportamiento prosocial que se encuentra en los adoptados frente a los no adoptados. En el otro extremo, los mayores tamaños del efecto para las diferencias entre adoptados y no adoptados se daban en los menores adoptados con más de diez años de edad. Las medias de los grupos de edad intermedios eran generalmente intermedias, mostrando tamaños del efecto muy similares entre sí. El efecto de la edad, además, se mostró independientemente de la raza, el género y la edad del menor en el momento del estudio.

El estudio de la influencia de la edad de la adopción (o edad de inicio del acogimiento preadoptivo) ha sido especialmente prolífico en relación a la ruptura de la adopción (Sharma y cols., 1996b) y parece situarse como un predictor consistente de la ruptura (Barth y cols., 1988; Benton y cols., 1985; Berástegui, 2003b; Boneh 1979; Boyne y cols., 1984; Coine y Brown, 1985; Festinger, 1986; Kadushin y Seidl, 1971; Hoksbergen y cols., 1988; McDonald y cols., 1991; Partridge y cols., 1986; Schmidt y cols., 1988; Zwimpfer, 1983, etc). Ninguno de los estudios revisados mostró resultados opuestos a esta tendencia.

Barth y cols. (1988) nos muestran en su estudio cómo la relación lineal que encuentran entre edad y ruptura se mantiene cuando agrupamos la edad de tres en tres años con una tasa de ruptura del 4,7% entre los 3 y los 5 años, del 10,4% entre los 6 los 8, del 17,1% entre los 9 y los 11 y del 22,4% entre los 12 y los 14. Para los mayores de 15 años más de 1 de cada 4 adopciones se rompieron (26,1%). Hoksbergen y cols. (1988) presentan que del grupo menor de 6 meses a su llegada, sólo un 1% necesitó cuidado residencial comparado con el 20% de los mayores de 6 años y medio que lo necesitaron. Berástegui (2003b) encontró que las tasas de truncamiento y riesgo en la Comunidad de Madrid eran de 0,5% para los menores de 6 años, mientras que para los mayores de esta edad se situaban en un 6,7% pero destaca que esta relación, a pesar de ser significativa, no es suficiente como para explicar por sí sola el truncamiento de la adopción.

Estos resultados han hecho que gran parte de la investigación sobre adopción se divida en dos bloques, la adopción de bebés (*infant adoption research*) y la adopción de niños mayores (*older child adoption research*) o adopciones tardías (Amorós, 1987), muchas veces consideradas dentro de la de niños con necesidades especiales (*special needs adoption research*). A pesar de que la mayoría de estas últimas investigaciones incluyen niños con diferentes necesidades especiales la mayoritaria suele ser la edad del menor en el momento de ser adoptado. A pesar de que parece haber cierto consenso con respecto a la influencia de la adaptación no hay acuerdo en la edad que diferencia un niño pequeño de uno mayor para la adopción (Haugaard, 1998).

Si bien algunos estudios evalúan la importancia de esta variable en un rango de edades muy amplio y que las dificultades aumentan progresivamente a medida que lo hace la edad (Sharma y cols., 1998; Verhulst y cols., 1990; por ejemplo) otros estudios consideran que la clave está en los primeros meses de vida del adoptado de manera que una adopción más allá de la primera infancia (mayor de 8 meses o un año) ya puede ser considerada una adopción especial (Chisholm, Carter, Ames y Morison, 1995; Grotevant y cols., 1988 por ejemplo). En la Tabla 4 se exponen las distintas edades “límite” que se han utilizado para distinguir a un niño mayor en adopción.

TABLA 4: EDAD LÍMITE PARA CONSIDERAR A UN NIÑO MAYOR EN ADOPCIÓN

Edad	Autores
6-8 meses	Grotevant y cols. (1988); Chisholm y cols. (1995)
2 años	Robinson (1998); Priel, Melamed Hass, Besser y Cantor, 2000; Logan y cols. 1998
3 años	Barth y cols.(1988); Berry y Barth, 1989; Erich y Leung, 2002
6 años	Fernández, 2002; Pheatt, 1995; Palacios y Sánchez, 1996b; Rosenthal y Groze, 1991; Hoksbergen, 1991a; Festinger, 1986; Berástegui, 2003b

En la columna de la derecha se indica la edad límite a partir de la cual los estudios referenciados en la columna de la derecha consideran a un niño “mayor”.

Gradualmente, distintos estudios han puesto en cuestión estos resultados afirmando que la edad, en sí misma, no era el factor crucial para el éxito de la adopción.

Algunos estudios han mostrado que muchos niños bastante mayores en el momento de la adopción han tenido resultados tan exitosos como niños adoptados en su primera infancia (Andresen, 1992; Berástegui, 2003b; Botvar, 1995; Dalen y Saetersdal, 1992). Priel, Melamed-Hass, Besser y Cantor (2000) no encuentran diferencias entre los niños adoptados siendo bebés (0-2 meses) y siendo más mayores (2-3 años) cuando son evaluados entre los 8 y los 12 años.

Otros estudios destacan que la clave de la adaptación se encontraba en la acumulación de experiencias adversas o la duración y cronicidad de estas experiencias (Palacios y Sánchez, 1996b), variables que quedarían enmascaradas tras la edad de la adopción y que son más difícilmente operativizables e investigables que esta.

Por ejemplo, un grupo de estudios destaca que la mayoría de las correlaciones entre la edad y el desarrollo posterior de problemas podía explicarse por otras variables como el género, el país de origen y el estado de salud del menor en el momento de la adopción (Andresen, 1992; Dalen y Saetersdal, 1992; Verhulst y cols., 1990). Verhulst, Althus y Versluis-den Bieman, (1992) aportan que la edad de la adopción deja de ser un predictor significativo de los problemas de los adoptados internacionales una vez que se controlan los efectos de variables como el abuso, la negligencia o la inestabilidad en el cuidado previo del menor.

La edad de la adopción no sólo enmascara variables relevantes de la historia previa del menor sino que también puede determinar las dinámicas específicas de transición a la parentalidad adoptiva y las tareas diferenciales a las que tendrá que enfrentarse la familia para integrar e integrarse con el menor. Convertirse en padre de un bebé comportará unos retos y unas expectativas diferenciales que convertirse en padre de un preescolar o de un adolescente y puede que sean la dificultad de estas tareas y la adecuación de las expectativas a dichas tareas las que queden enmascaradas tras la edad de la adopción.

Por último, Grotevant y cols. (1988) nos advierten de que la edad de la adopción puede ser un importante factor a la hora de determinar el peso de otras variables en la adaptación. Por ejemplo, las dificultades de vinculación en niños menores de 6 meses en el momento de la adopción tendrán que ser explicadas por medio de variables genéticas y temperamentales o de variables dependientes de la capacidad de vinculación de los padres adoptivos mientras que en niños adoptados siendo mayores será importante atender primordialmente al efecto de las experiencias preadoptivas adversas en la capacidad de vinculación del menor.

A pesar de estas críticas, la edad sigue siendo un factor imposible de ignorar por el grado en el que determina el tipo de problemas que pueden surgir, pero ni la temprana edad de adopción asegura el óptimo funcionamiento del menor ni la edad avanzada asegura el fracaso aunque, efectivamente, cuanto más tiempo haya

pasado el menor en condiciones de privación (estimular, afectiva...) o de maltrato mayor será el daño que provoque en el niño y la interferencia de estos factores con la adaptación psicológica y familiar del menor.

EDAD ACTUAL DEL MENOR

La investigación sobre adopción no ha encontrado diferencias entre adoptados y no adoptados hasta entrada la etapa escolar cuando son adoptados siendo bebés, por lo que la edad de los adoptados en el momento de la recogida de información ha sido una variable muy importante a la hora de interpretar las investigaciones sobre la adaptación.

De hecho, las diferencias entre adoptados y no adoptados comienzan a emerger hacia los 5-7 años lo que algunos autores explican porque esta es la edad a la que el menor empieza a darse cuenta del significado de la adopción y de la pérdida asociada a la misma (Brodzinsky, 1990; Brodzinsky, 1993; Brodzinsky y cols., 1992; Smith y Brodzinsky, 1994). Estas diferencias anunciadas en la etapa escolar no se consolidan en la mayoría de las investigaciones hasta que los adoptados alcanzan la adolescencia (Brodzinsky y cols., 1986; Maughan y Pickles, 1990; Rosenthal y Groze, 1994; Sharma y cols., 1996a; Verhulst y cols. 1990; Verhulst, 2000; Wierzbicki, 1993). Los tamaños del efecto para las diferencias entre adoptados y no adoptados aumentan con la entrada en la adolescencia y sin embargo, descienden de nuevo hacia los 16 años y hasta la vida adulta (Sharma y cols., 1996a; Wierzbicki, 1993).

El hecho de que el aumento del riesgo de problemas en los menores sólo sea visible para los adoptados que ya tienen entre doce y veinticinco años indica que la expresión de los problemas de conducta puede estar relacionada con la edad del adoptado mientras que no aumenta en los no adoptados (Verhulst, 2000; Verhulst y cols., 1990). Algunos autores destacan que esta diferencia en la expresión de problemas en función de la edad se da especialmente para los problemas de ansiedad (Maughan y Pickles, 1990; Verhulst y cols., 1990) y de relación con los iguales (Maughan y Pickles, 1990) incluso en menores que no han mostrado previamente problemas de conducta.

También los estudios longitudinales han intentado determinar, si la diferencia entre adoptados y no adoptados se evidencia en determinadas etapas de la vida del adoptado (coincidiendo con determinados retos evolutivos o bien específicos o bien más complicados para estos niños). Bohman y Sigvardson (1990) apuntan, por el contrario, a que las diferencias que se dan en la infancia van disminuyendo con la edad del menor hasta desaparecer entre los jóvenes adultos.

3.1.2. FACTORES HEREDITARIOS: LA PERSPECTIVA BIOGENETISTA

La adopción siempre ha estado íntimamente relacionada con la tradicional disputa sobre la preminencia de la naturaleza o la cultura como factores explicativos de la conducta humana. Galton en su libro “El genio hereditario” (1869) es el primero que trata de establecer la primacía de la herencia en la explicación de la variabilidad individual de la inteligencia a través del estudio de adoptados.

La idea de que los adoptados podían tener una herencia genética que determinara cierto riesgo fue mantenida con mucha fuerza en las políticas de adopción previas a los años 60 en las que las agencias ponían muchas objeciones a confiar niños de “mala sangre” a las familias (Reid, 1963) y era una práctica habitual mantener ingresados a los niños en “casas de estudio” durante los 6 o 12 meses posteriores al nacimiento para observar su salud física y psicológica, especialmente cuando no se conocía o se cuestionaba la identidad de los padres. Para los niños con alguna patología conocida en sus antecedentes biológicos ni siquiera se consideraba la adopción (Cole y Donley, 1990). Sin embargo, hasta mediados de los años sesenta no se empieza a investigar el riesgo genético en adopción con los estudios de Heston (1966) sobre la herencia genética de la esquizofrenia (Cadoret, 1990) configurándose progresivamente la perspectiva biogenetista en adopción.

La perspectiva biogenetista sobre el riesgo psicológico tradicionalmente ligado a la adopción se basa en dos supuestos fundamentales:

- a) La aparición y el desarrollo de un gran número de características psicológicas y conductuales están fuertemente determinadas genéticamente.
- b) Los niños adoptados tienen mayor riesgo de tener un entramado genético de riesgo. Dicho de otro modo, las personas que dan a sus hijos en adopción son más tendentes a tener problemas psicológicos de transmisión genética.

Tradicionalmente se han utilizado dos tipos de diseños relacionados con la adopción para evaluar la importancia de la genética en el desarrollo psicológico (Cadoret, 1990). El primer tipo consiste en seleccionar un grupo de adoptados con la conducta objetivo y un grupo control de adoptados sin ella y determinar el grado de aparición de esa característica en padres biológicos y adoptivos. El segundo tipo de diseños consiste en seleccionar padres biológicos con la conducta objetivo y un grupo control de padres biológicos sin dicha conducta y estudiar la incidencia de dicha conducta en sus hijos biológicos así como las características y posible influencia de la familia adoptiva. Cualquiera de estos dos diseños exige información sobre la estructura genética de los padres biológicos que no está siempre disponible.

Las áreas psicológicas que más se han estudiado desde la perspectiva biogenetista son el temperamento y la personalidad, la inteligencia, la personalidad antisocial, el abuso de drogas y alcohol y otros desórdenes afectivos. También se ha estudiado en profundidad la heredabilidad de la esquizofrenia y otros trastornos

asociados (Cadoret, 1990) aunque la importancia de este estudio no está directamente ligada a la adopción ya que, como ya se ha mencionado, los adoptados no parecen tener un mayor riesgo de desarrollo de estos trastornos.

TEMPERAMENTO Y PERSONALIDAD

El estudio del carácter hereditario del temperamento se presenta como especialmente relevante ya que un temperamento fácil está asociado con altos niveles de desarrollo social, cognitivo y de la personalidad y menores problemas de conducta en adopción internacional (Stams, Juffer y Van Ijzendoorn, 2002)

Algunos estudios encuentran evidencias sustanciales de la heredabilidad de algunas dimensiones temperamentales como la intraversión-extraversión (Eysenck, 1982; Loehlin, Willerman y Horn, 1985). Aunque se destaca que la correlación entre el temperamento de los adoptados y la personalidad de sus padres biológicos es pequeña (Loehlin y cols., 1985) los estudios no aciertan a encontrar relación entre el temperamento de los adoptados y la personalidad de sus padres adoptantes (Loehlin y cols., 1985; Plomin y de Fries, 1985)

Los datos a favor de la influencia de la genética en el desarrollo del temperamento y la falta de apoyo a la hipótesis de la influencia del entorno compartido, no determinan que el genotipo del adoptado sea el único factor explicativo de su personalidad. Otros factores ambientales, muchos de los cuales se dan en el hogar adoptivo, pueden ser esenciales para el desarrollo de la personalidad (Plomin y de Fries, 1985).

INTELIGENCIA

Si bien parece demostrado que una gran proporción de la varianza de la inteligencia humana está determinada por factores genéticos (Cadoret, 1990; Munsinger, 1975) y que, por lo tanto, el nivel de desarrollo intelectual de los adoptados estará en parte determinado por la inteligencia de sus padres biológicos, no parece tan evidente que haya un mayor riesgo de los adoptados a provenir de ambientes intelectuales deficitarios.

Por otro lado, los estudios que comparan a los adoptados con los menores que permanecieron a entornos similares al suyo de origen siempre destacan el mejor desempeño de los adoptados en áreas relacionadas con su capacidad intelectual como el rendimiento académico (Palacios y Sánchez, 1996b) lo que puede estar aportando un dato a favor de la influencia ambiental sobre el desarrollo intelectual de los menores.

PERSONALIDAD ANTISOCIAL

Dentro del estudio de la psicopatología relacionada con la adaptación de los adoptados, es quizás la personalidad antisocial a la que se ha prestado mayor aten-

ción, en parte por su fuerte asociación con variables como la delincuencia o la criminalidad.

Se ha encontrado de manera consistente una importante relación entre la personalidad antisocial o la criminalidad en adoptados y la personalidad antisocial, la criminalidad o los trastornos de personalidad en general en sus padres biológicos (Bohman, Cloninger, Sigvardsson y cols., 1982 ; Cadoret, 1987; Crowe, 1984; Mednick, Gabrielli y Hutchings, 1984).

También parece que unos antecedentes biológicos de comportamiento antisocial no sólo influyen en el desarrollo de conductas similares en los adoptados sino que pueden relacionarse también con la génesis del déficit de atención y la hiperactividad (Cantwell, 1975; Cunningham y cols., 1975).

Por otro lado, algunos autores apoyan la tesis de la influencia hereditaria en la génesis de la personalidad antisocial pero destacan la importancia de algunos factores ambientales evidenciando que la interacción genes-ambiente es la que produce el mayor efecto en el desarrollo de la personalidad antisocial. Crowe (1984) encuentra una mayor tendencia de los adoptados con un entorno genético antisocial a desarrollar este tipo de personalidad cuando habían estado expuestos tempranamente a experiencias adversas como el divorcio en el hogar adoptivo. Cadoret, (1982, 1985, 1987) por su parte, considera los trastornos psiquiátricos (especialmente la conducta antisocial) en algún miembro de la familia adoptiva como factores influyentes a pesar de que esta variable no parecen tener efecto por sí sola (Cadoret y Cain, 1982; Cadoret, O'Gorman, Trovghton y cols., 1985; Plomin y de Fries, 1985).

La heredabilidad de la conducta antisocial es de especial relevancia para la práctica de la adopción por el efecto a largo plazo de esta conducta y por la especial tendencia de los chicos de personalidad antisocial a dar sus hijos en adopción, al menos en las sociedades occidentales (Cadoret y cols., 1985; Cadoret y cols., 1987). Horn, Green, Carney y Erickson, (1975) encuentran en su estudio que las embarazadas solteras cuyos niños fueron adoptados puntuaron más alto en cinco de las nueve escalas clínicas del MMPI que las madres del grupo control (embarazadas casadas).

ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOL

En las últimas dos décadas, los "adoption studies" han confirmado que el abuso de drogas y alcohol tiene un importante factor genético (Bohman y cols., 1982; Cadoret, 1987; Godwin, 1974) de manera que dado un ascendente genético con problemas de alcoholismo la probabilidad de abuso en la descendencia es de 4 a 6 veces mayor que en la descendencia de los que no sufren de alcoholismo (Cadoret, 1990).

A pesar de que algunos estudios no logran establecer la relación entre alcoholismo y factores ambientales (Godwin, 1974), Cadoret (1987) describe un factor

ambiental de manera que tener un familiar adoptivo con problemas de alcohol aumenta las probabilidades de abuso de alcohol en los adoptados y Cloninger, Bohman y Sigvardson, (1981) proponen que de los distintos tipos de alcoholismo descritos en la literatura, algunos están más afectados por el factor genético y otros por el ambiental.

DESÓRDENES AFECTIVOS

A pesar de que hay pocos estudios de adopción sobre la heredabilidad de los desórdenes afectivos los resultados parecen más claros en encontrar una predisposición genética a la depresión combinada con manía que a la depresión sin manía. Aún así, el peso de los factores ambientales es más claro que en las dimensiones anteriores (Cadoret y cols., 1985)

Son numerosas las críticas y limitaciones a esta perspectiva biogenetista del riesgo en adopción. Por un lado se podría asumir que las personas con alguna psicopatología tengan más frecuentemente embarazos no deseados (por trastornos del control de los impulsos, trastornos cognitivos, dificultades para asumir límites sociales) lo que explicaría el riesgo psicológico asociado a la adopción de hijos de personas con trastornos; pero puede que a la base de muchos de estos estudios se encuentre la tendencia a categorizar como psicológicamente perturbadas a las madres solteras por el hecho de serlo con lo que nos encontraríamos frente a un argumento circular.

Independientemente de esta primera crítica, no está claro hasta qué punto el resultado de estos estudios puede ser generalizado a la adopción internacional ya que las razones para dar un hijo en adopción en muchos de los países de origen del niño están determinadas socialmente y no dependen de la psicopatología de los padres (Juffer, 1993; Stams y cols., 2002). Así, a pesar de que todas las dimensiones de la conducta estudiadas estuvieran determinadas exclusivamente por los genes, no habría razón para presuponer que los adoptados internacionales vengan de entornos genéticos de riesgo sino que puede que su abandono se haya producido por causas socioeconómicas, culturales, religiosas o políticas.

Por otro lado, aunque en distintas dimensiones del comportamiento se ha encontrado un mayor parecido entre los niños y sus familias biológicas que entre estos y sus familias adoptivas, es innegable que el entorno de crecimiento afecta al desarrollo y ajuste y a menudo lleva a los adoptados a superar lo esperado comparados con niños que proceden de entornos similares al de su familia biológica (Scar y Weinberg, 1983). Así, podemos considerar que pocos de los autores mencionados son puramente genetistas sino que defienden una teoría interaccional (Cadoret, 1990). La interacción sería el proceso por el cual determinado ambiente aumenta o disminuye la probabilidad de aparición de conductas genéticamente determinadas. La interacción genes ambiente es fundamental en adopción y, por lo

tanto, la selección de hogares adoptivos para niños con determinados entornos genéticos de procedencia y viceversa puede afectar dramáticamente al desarrollo del comportamiento del menor.

Desde estas perspectivas interaccionales se ha comenzado a estudiar el efecto inverso: la influencia de la predisposición genética del adoptado en el desarrollo de problemas psicopatológicos en sus padres adoptivos. Finley y Aguiar (2002) encuentran que los adoptantes de niños con predisposición genética a la psicopatología (con al menos un antecedente biológico directo con problemas de alcohol, conductas antisociales, depresión u otros problemas psiquiátricos) multiplicaron por dos el riesgo de desarrollar conductas psiquiátricas o relacionadas con el alcohol que los adoptantes de niños sin antecedentes psiquiátricos conocidos. Esta pauta se explica por el mayor estrés que puede suponer criar a un niño con un temperamento difícil. La crítica final de los autores es que la adaptación final del niño no está sólo ligada a su mayor riesgo genético sino también al riesgo de crecer en un contexto ambiental vulnerable a su propia predisposición genética.

También es destacable que la relevancia de la genética en adopción no sólo viene dada por su importancia objetiva sino por cómo las creencias culturales sobre la influencia de la genética afecta a la conducta de la familia adoptiva, del contexto social que la rodea y, en definitiva, incide en la evolución de la propia adopción (Lebner, 2000).

Lebner (2000) plantea que la sociedad occidental (especialmente la norteamericana, que ella estudia) está inmersa en un proceso de “genetización” que se definiría como la tendencia a explicar los antecedentes de la conducta, de la enfermedad y de las fortalezas y debilidades de las personas en términos genéticos, proceso que forma parte y profundiza el proceso de medicalización que ha ido viviendo la sociedad occidental desde la revolución industrial. En este contexto ideológico, la vulnerabilidad genética es vista por los que no son profesionales de la medicina, como el equivalente a un trastorno genético lo que tiene consecuencias directas sobre la vulnerabilidad de los adoptados. Las conclusiones de los teóricos biogenetistas conducen a que la sociedad identifique como enfermos a los menores por el desconocimiento de sus orígenes genéticos y su posible vulnerabilidad heredada. Estas creencias influyen en:

a) Las pautas de crianza de los menores

Es probable que las familias traten de manera diferente a los niños de los que se sospeche una predisposición psicopatológica, generándose frente a ellos actitudes de laxitud, rechazo o distancia emocional (Freundlich, 1998). Fernández (2002) destaca en adopciones nacionales especiales que son pocos los padres que atribuyen causas genéticas a la conducta de sus hijos pero que los que lo hacen están menos satisfechos y funcionan peor que los que buscan la causa en el ambiente.

b) El apoyo social percibido por la familia adoptiva

Miall (1987) estudia las creencias de madres adoptivas infértiles sobre la consideración social de la adopción y el estigma asociado a la misma. Estas madres perciben que la sociedad considera importante el lazo biológico para el desarrollo del apego y del amor entre padres e hijos de manera que las familias adoptivas no disfrutarán de un vínculo completo con sus hijos. También destacan la sensación de que los otros piensan que sus hijos están enfermos debido a su pasado biológico y que la sociedad piensa que los padres adoptivos no son los padres reales de los niños. Esta sensación de estigma biológico puede estar influyendo en las relaciones familiares a pesar de que la misma investigadora trató de confirmar estas creencias en la sociedad en general y los datos no apoyaron que estas fueran las creencias de las adoptantes (Miall, 1996)

c) Los procedimientos de adopción

Los padres y los profesionales están progresivamente interesados en obtener información genética sobre los niños previa a la adopción de manera que para los niños aparentemente sanos se requieren test que evalúen el riesgo genético antes de decidir si adoptar (Freundlich, 1998). Los profesionales están reconociendo, progresivamente, la importancia de la genética en la salud y el bienestar actual y futuro de los niños (Freundlich, 1998) pero quizás no hagan tanto hincapié en que ningún estudio ha logrado encontrar una relación directa entre genes y enfermedad sin que esta viniera mediada por otros factores. Aunque este tipo de prácticas pueden ayudar a que los padres conozcan y aborden los riesgos específicos de sus futuros hijos (Cadoret, 1990), es fácil que estas prácticas deriven en que los niños con algún antecedente genético de riesgo no sean adoptados independientemente de que la probabilidad de desarrollo de determinada enfermedad o rasgo del carácter sea muy pequeña y pueda ser contrarrestada por la educación.

3.1.3. DEFICIENTE CUIDADO PRENATAL Y PERINATAL

Desde una perspectiva biologicista más amplia que la centrada puramente en la genética, otros autores han incluido dentro de los riesgos biológicos del adoptado los riesgos procedentes de un entorno prenatal y perinatal deficiente (Bohman, 1970; Everet y Schechter, 1971; Losbough, 1965; Grotevant y cols. 1988). Estas deficiencias en la atención prenatal y perinatal estarían relacionadas con el estrés, el bajo estatus socioeconómico, la ocultación del embarazo, la falta de motivación de cuidado (Brodzinsky y Schechter, 1990) y serían especialmente relevantes en adopción internacional por las condiciones de privación y pobreza o conflicto social en las que viven la mayoría de las familias que dan a sus hijos en adopción en los

países de origen de los menores (desnutrición, falta de acceso a los servicios de salud, maltrato relacionado con el estigma cultural de la maternidad en soltería...).

Los supuestos básicos en los que se sustenta esta perspectiva son paralelos a los de la perspectiva biogenetistas y postulan que:

- a) Las deficiencias en la atención prenatal y perinatal están asociadas a un mayor riesgo de problemas de desarrollo y de conducta en los menores. Por ejemplo, Koop (1983) aporta que el estrés maternal, la pobre nutrición, el cuidado médico inadecuado, la exposición a las drogas, el alcohol y otros agentes teratogénicos están implicados en diversos retrasos en el desarrollo postnatal y problemas de conducta infantil.
- b) Los niños adoptados tienen mayor probabilidad que los no adoptados de haber vivido un entorno prenatal y perinatal deficiente. Por ejemplo, en las madres solteras (que son el colectivo que más frecuentemente da sus hijos en adopción, al menos en adopción nacional) es más frecuente que se produzcan situaciones teratogénicas (Ward, 1991). Para ilustrar este supuesto también se puede destacar el bajo peso al nacer en el 48% de los adoptados internacionales evaluados por Jonson y Dole, (1999)

Una de las variables que más exhaustivamente se ha estudiado con respecto al cuidado prenatal de los adoptados es el efecto de la exposición a drogas y alcohol en el útero en el desarrollo de la adopción y que además puede estar especialmente ligado a la adopción en países como Rusia en los que, como ya hemos mencionado, las tasas de alcoholismo materno son muy altas.

Hay un pesimismo considerable con respecto al desarrollo de los menores expuestos al alcohol o las drogas en el útero pero este pesimismo no ha estado siempre avalado empíricamente. Por ejemplo, Barth (1991) sostiene que dos años después de la adopción, no se encuentran diferencias significativas en la adaptación psicosocial de los niños expuestos a las drogas y los no expuestos. En un estudio de McCarty, Waterman, Bruge y Edelstein (1999) sobre doce familias que habían adoptado niños con exposición prenatal a las drogas o el alcohol documentada médicamente, los padres describieron la adaptación como muy buena en el 38% de los casos, como bastante buena en el 42% y como simplemente buena en el 19% de los casos. La mayoría de los padres relataron su experiencia parental como más complicada de lo que habían imaginado pero también más satisfactoria. Cuando midieron la experiencia de los adoptantes a través del índice de estrés parental (PSI, Abidin, 1995) encontraron que las áreas más problemáticas estuvieron en el área del apego, indicando una cierta incapacidad de los padres de comprender las necesidades y sentimientos del niño (36% en el rango clínico), en el carácter del niño (52% en el rango clínico), el comportamiento dependiente o difícil del niño (40% en el rango clínico), en la capacidad de experimentar a sus hijo de un modo positivo (36% en el rango clínico) en la hiperactividad y distraibilidad (24% en el

rango clínico). Hay que tener en cuenta que la mitad de los niños tenía también historias documentadas de negligencia, maltrato físico o abuso sexual con lo que no se pudo determinar qué grado de problemática dependía, exclusivamente, de la exposición prenatal a las sustancias teratogénicas.

3.1.4. HISTORIA PREVIA DE ABUSO, MALTRATO O NEGLIGENCIA

Frente a las dificultades biológicas y genéticas, hay toda una serie de estudios que sitúan el riesgo en la historia previa del menor, de manera que cuanto mayor haya sido el grado y la duración de la privación o el maltrato, mayor será la inadaptación psicológica y familiar de los menores. Estos estudios no provienen de una sola corriente teórica sino que todas las perspectivas aplicadas al estudio de la adopción, incluyendo las teorías centradas en lo biológico, han tenido en cuenta la importancia del entorno previo del niño en el desarrollo de su personalidad, sus emociones o su conducta.

Tanto los adoptados internacionales como los nacionales tienen en común el estrés y el trauma tempranos asociados al abandono aunque las fuentes de estrés preadoptivo son diferentes en ambos casos (Groza y Ryan, 2002) de manera que la configuración de la historia previa del menor depende de muchos factores que afectan diferencialmente a la adaptación posterior del menor. De entre estas variables estudiaremos por su importancia la institucionalización; las experiencias de negligencia, maltrato o abuso y la historia del menor en el sistema de protección.

INSTITUCIONALIZACIÓN

Los efectos adversos de la institucionalización sobre la conducta y el desarrollo de los menores han sido un campo de estudio muy fructífero desde los estudios de Spitz (1945) pero el impacto de esta en la posterior adopción de los niños ha ocupado tan sólo una pequeña proporción de estos estudios (Mainemer y cols., 1998).

Parece que el tiempo transcurrido en las instituciones está positivamente relacionado con la existencia de trastornos en diversas áreas del desarrollo y la severidad de los mismos (Chisholm y cols., 1995; Fisher y cols., 1997; Mainemer y cols., 1998; Marcovitch y cols., 1997; Groza y Ryan, 2002 ; Verhulst y cols., 1990) aunque todos estos estudios -a excepción de Verhulst y cols. (1990)- sólo han estudiado los efectos de la institucionalización en adoptados internacionales procedentes de orfanatos rumanos.

En primer lugar, Beckett y cols. (2003) en su estudio sobre los adoptados internacionales procedentes de Rumania, destacaron la presencia de conductas que eran raramente vistas en población general como estereotipias, balanceos, autoagresiones e intereses sensoriales inusuales, conductas que se daban en una proporción

mucho mayor que en los adoptados nacionales -que no habían vivido las mismas condiciones de privación temprana-, y por supuesto, más que en la población general en la que estas conductas son esperables tan sólo en casos de ceguera congénita y retraso mental severo. La presencia de estereotipias en esta población ha sido replicada en otros estudios (Fischer y cols., 1997; Marcovitch y cols., 1995). Beckett y cols. (2003) destacan que las conductas son persistentes en algunos niños y que la presencia de estas conductas está relacionadas con otros problemas como hiperactividad, dificultades en el apego y comportamientos cuasi-autísticos a lo largo del desarrollo. Además, las autoagresiones resultaban especialmente estresantes para la familia y estaban relacionadas con una disminución de la estabilidad familiar.

Fischer y cols. (1997) suma a los problemas de los institucionalizados rumanos mayores problemas con la comida y más problemas con el sueño de lo esperable. Parece que comer demasiado puede ser el resultado de no haber comido nunca suficiente como para comprender las señales propioceptivas de la saciedad. También aparecieron problemas para aceptar la alimentación sólida y mostraron más problemas de sueño explicados porque el niño no daba señales de estar despierto por lo que puntúan habitualmente en el ítem que se refiere a un exceso de sueño en el CBCL (Fischer y cols., 1997).

Más allá de estas conductas especiales, se observa que la institucionalización tiene efectos muy generalizados sobre el desarrollo psicomotor de los niños (Marcovitch y cols., 1995; Morrison y cols., 1995). Morrison y cols. (1995) encuentran que en el momento de la adopción el 84% de los adoptados rumanos tenía retrasos en la motricidad fina, el 91% en la motricidad gruesa; el 96% en el desarrollo de habilidades sociales y personales y todos los menores (100%) tenían retrasos en el desarrollo del lenguaje. Por otra parte, la institucionalización tiene efectos a largo plazo sobre el desarrollo de problemas de conducta en los menores de manera que los rumanos institucionalizados presentaban tras su adopción más problemas de pensamiento y problemas internalizantes que los adoptados nacionales (Groza y Ryan, 2002), más rabietas que los adoptados rumanos que no habían estado institucionalizados (Marcovitch y cols. (1995) y más problemas de conducta en general que ambos grupos aunque no se encontraron diferencias en las conductas externalizantes (Fischer y cols., 1997). Por último, Chisholm y cols. (1995) destacan los efectos negativos de la institucionalización en la conducta de apego hacia los padres.

Parece que las relaciones aquí estudiadas no dependen sólo de la institucionalización en sí, sino también del tipo de institucionalización de manera que la carencia de un cuidador primario que le proporcione un cuidado personal y estable parece ser la clave de las dificultades vividas por los menores. La razón principal por la que se ha estudiado tan a fondo los orfanatos rumanos es que la ratio interno-cuidador es muy alta y la inestabilidad de los cuidadores grande por lo que pasar por este tipo de cuidado institucional, carencial e impersonal, deja una impronta

especialmente fuerte en los menores. Como contraejemplo, Marcovitch y cols. (1997) recogen el experimento clásico de Skeels en 1966 en el que se encontró que los niños institucionalizados que vivían en una institución para adultos con deficiencia mental donde recibían afecto y atención por parte de los internos se desarrollaron con más normalidad y se integraron más fácilmente en la sociedad que los menores que vivían en un orfanato.

NEGLIGENCIA, MALTRATO O ABUSO

En ocasiones historias familiares negligentes o abusivas dejan huellas tan profundas en el desarrollo del niño como la institucionalización. Palacios (2003) encuentra en un reciente estudio sobre adopción internacional que más de un 60% de los menores investigados habían vivido cierto tiempo en familia y, por lo tanto, no habían tenido una historia exclusiva de institucionalización tras el nacimiento. A pesar de la importancia del tipo de cuidado que ha recibido el menor en su familia de origen, los datos con los que se cuenta acerca de la historia previa del menor en adopción internacional es a menudo escasa, incompleta o poco fiable (Berástegui, 2003b). Por ello, el estudio de la historia de abuso, maltrato o negligencia en adopción internacional es poco relevante y resulta imprescindible recurrir, de nuevo, a los estudios realizados en adopción nacional para evaluar la importancia de este factor.

Por lo general, la investigación ha destacado que los menores con historias previas de abuso, maltrato o negligencia desarrollan mayores problemas de conducta que el resto de los menores (Logan y cols., 1998; Versluis-den Bieman y Verhulst, 1995), especialmente mayores problemas de tipo externalizante (Barth y cols., 1988; Simel y cols., 2001) y tuvieron una menor estabilidad familiar tras la adopción (Barth y cols., 1988; McDonald y cols., 1991).

Erich y Leung, 2002 destacan que los niños con historias de abuso físico y sexual mostraron peor funcionamiento familiar que los que sólo habían tenido historias de negligencia; sin embargo, el tipo de abuso no estuvo relacionado con los problemas de tipo externalizante en su estudio. En contradicción con estos resultados, tanto McDonald y cols. (1991) como Barth y cols. (1988) encontraron relación entre las historias de maltrato físico, abuso y negligencia de los menores y la ruptura de la adopción a excepción del abuso sexual, a pesar de que este era más frecuente entre las adopciones que se rompieron. McDonald y cols. (1991) explica estos resultados por la falta de fiabilidad de la información acerca del abuso sexual que puede haber subestimado las tasas de esta forma de maltrato, argumento que también es apuntado por McGuinness y Pallansch, (2000).

La importancia del abuso sexual en el desarrollo de la adopción, que parecería desdibujarse por los estudios precedentes, queda remarcada en gran parte de la literatura. Esta relevancia es mayor por la enorme frecuencia de esta experien-

cia en adopción que se ha situado entre el 75 y el 95% en las adopciones especiales estadounidenses (McNamara y McNamara, 1990).

Una historia de abuso sexual en el menor está relacionada con la expresión de problemas en muchas dimensiones de la conducta (Groza y Ryan, 2002), especialmente con conductas de tipo externalizante y también con la violación de las expectativas familiares, de manera que los que adoptaron niños que habían sufrido abuso sexual tendían a contestar que la adopción había resultado mucho peor de lo que esperaban (Berry y Barth, 1989).

Smith y Howard (1994) estudiaron concretamente la adopción de niños que habían sufrido abuso sexual y destacan que estos niños viven un mayor número de rupturas adoptivas, tienen más problemas de conducta agresiva, desafiante o delincuente y más dificultades en el apego. También aparecen en estos menores comportamientos específicos tales como conductas de tipo sexual que son especialmente difíciles de tolerar para algunas familias adoptivas, de manera que mínimas expresiones de comportamiento sexual motivan sentimientos muy fuertes de rechazo en los padres.

HISTORIA DEL MENOR EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN

Por último, en cuanto a la historia previa del menor, es importante estudiar las variables dependientes del recorrido del menor por el sistema de protección. Estas variables han sido estudiadas, especialmente, en relación con la estabilidad de la relación adoptiva.

La mayoría de las investigaciones que estudian la edad de entrada en cuidado residencial coinciden en afirmar que los menores cuyas adopciones se rompieron entraron más mayores en el sistema de protección de menores (Boneh, 1979; Festing, 1986; McDonald y cols., 1991; Partridge y cols., 1986), o pasó más tiempo desde su ingreso hasta ser considerados adoptables y lo fueron siendo más mayores (Boyne y cols., 1984; McDonald y cols., 1991; Partridge y cols., 1986). Además los menores cuyas adopciones se rompieron tardaron más tiempo en ser colocados en adopción después de haber sido declarados adoptables (McDonald y cols., 1991).

El factor más importante dentro de la historia del menor en el sistema de protección es la estabilidad o inestabilidad del cuidado previo que se ha operativizado a través de tres variables diferentes:

- a) las colocaciones previas: se refiere a los distintos lugares en los que ha vivido el menor en su historia de protección que pueden ser acogimientos familiares o extra-familiares temporales o permanentes, instituciones residenciales, hogares o familias adoptivas.
- b) los cambios de cuidador: se refieren al cambio en la persona de referencia para el menor, haya existido o no cambio de emplazamiento (por ejemplo,

los cambios en el personal al cargo del menor en una institución sería un cambio de cuidador pero no una colocación distinta).

- c) las rupturas previas: se refieren exclusivamente al cese en la convivencia familiar preadoptiva o adoptiva.

En este sentido se observa que los menores cuyas adopciones se han roto, han tenido por lo general un mayor número de colocaciones previas (Boneh, 1979; Festinger, 1986; Kadushin y Seidl, 1971; Partridge y cols., 1986). Barth y cols. (1988) situaron este número en 4 emplazamientos diferentes previos a la adopción entre los niños que sufrieron rupturas frente a los 2,7 emplazamientos de aquellos menores cuyas adopciones permanecían intactas. Esta variable se considera no sólo como un factor de riesgo de la adopción sino también como un indicador del grado de daño emocional que han podido experimentar los niños (Smith y Howard, 1994). Además parece haberse demostrado que los niños que sufren más cambios de cuidador durante el primer año de tutela tienden a mostrar más inestabilidad a largo plazo —medida por el número de cambios de cuidador— (Webster, Barth y Needell, 2000).

De modo paralelo, se encuentra que a mayor número de colocaciones previas a la adopción, mayor sintomatología externalizante (Simmel y cols., 2001) y menor adaptación general (Verhulst, Althus y Versluis-den Bieman, 1992) desarrollan los menores. En el estudio de Logan y cols. (1998) los menores que habían tenido menos de tres colocaciones previas tuvieron una media de problemas de conducta similar a la media normativa en el CBCL y significativamente menor que la de los niños que habían vivido más de tres colocaciones previas cuya puntuación media quedaba situada dentro del rango clínico en el CBCL.

Dentro de la importancia de la inestabilidad en el cuidado previo del menor se destacan específicamente los efectos perjudiciales de la ruptura de la relación adoptiva o acogedora en las posibilidades futuras del menor, de manera que los menores que ya habían sufrido rupturas en adopciones previas eran más tendentes a sufrir la ruptura de su nueva adopción (Barth y cols., 1988; McDonald y cols., 1991).

3.1.5. DIFICULTADES EN EL PROCESO DE VINCULACIÓN (TEORÍA DEL APEGO)

La adopción, desde una perspectiva psicológica, es fundamentalmente un proceso de separación y revinculación a unas nuevas figuras de apego que dependerá de la capacidad del niño de superar la experiencia de la separación y vincularse a unos nuevos padres y de la capacidad de los padres de vincularse a un niño sin haber pasado, como mínimo, la experiencia del embarazo, el parto y los primeros momentos de comunicación (Hughes, 1999; Juffer y Rosebom, 1997).

Desde la teoría del apego, se sugiere que las tempranas relaciones padres-hijo son la piedra angular del ajuste psicológico sano afectando al desarrollo, no sólo en la infancia y la niñez sino también en la vida adulta, asunción que está fuerte-

mente apoyada por los estudios empíricos que han considerado que el establecimiento del apego es un proceso evolutivo básico y universal que se da en todas las culturas y grupos sociales.

Según esta teoría durante el primer año de vida del niño se pone en marcha un sistema de vinculación encaminado a establecer y mantener la presencia de una figura estable que proporciona seguridad al niño. Para los autores la necesidad de cercanía de esta figura es un impulso primario, independiente de la satisfacción de otras necesidades fisiológicas y cuyo significado evolutivo es la protección. Este sistema será la base más o menos segura (en función de la disponibilidad, estabilidad y responsividad de la figura de apego) en la que el niño se apoyará para el desarrollo del resto de los sistemas (exploración, cognitivo, social, afectivo, de identidad) (Bowlby, 1982).

Así, la cualidad del apego es un importante determinante, no sólo del desarrollo de áreas directamente relacionadas con este como las relaciones sociales o la personalidad, sino también de todas las manifestaciones de la conducta, incluyendo la conducta internalizante y la externalizante, la regulación de las emociones y el establecimiento de una identidad integrada (Greenberg, 1999).

El presupuesto central de esta perspectiva teórica en el estudio de la adopción es que los niños adoptados tienen mayor riesgo de desarrollar patrones de apego inseguro (Chisholm y cols., 1995; Marcovitch y cols., 1997) que pueden justificar su mayor riesgo de inadaptación en todas las áreas de su funcionamiento psicológico y social. Junto a esto, el fracaso en el establecimiento del vínculo supone el fracaso de la adopción en sí y las dificultades en el área del apego comprometen muy seriamente la continuidad de las relaciones familiares (Barth y cols., 1988; Schmidt y cols., 1988)

Se ha hipotetizado que este mayor riesgo puede estar debido a:

a) *La falta de contacto durante el "periodo crítico"*

Klauss y Kennel, (1976) proponen que el establecimiento de un vínculo seguro entre la madre y el hijo comienza y se ve favorecido por los mecanismos psicobiológicos que se ponen en marcha en los tres días inmediatamente posteriores al parto, tiempo que se denomina "periodo crítico". El contacto entre la madre y el bebé durante este periodo es considerado necesario para el establecimiento de una óptima relación de apego entre padres e hijos.

Aunque se reconoce generalizadamente la importancia de esta interacción temprana madre-hijo, otros teóricos del apego han cuestionado que estos mecanismos sean imprescindibles para el desarrollo de unos vínculos seguros entre padres e hijos (Johnson y Fein, 1991).

Este debate resulta especialmente importante en adopción ya que la familia siempre va a estar falta de contacto en el periodo inmediato al nacimiento. Singer,

Brodzinsky, Ramsay, Steir y Waters (1985) estudian este aspecto y concluyen que la falta de contacto durante el primer mes no coloca a las familias adoptivas en riesgo de desarrollar problemas de apego ansioso.

b) Las condiciones iniciales de los niños

El mayor contingente de la investigación puesta en marcha desde la teoría del apego ha debatido sobre la importancia potencial de la teoría del apego en la comprensión de los patrones de adaptación de los niños adoptados tras el primer año de vida, especialmente en los niños que han experimentado muchos cambios de cuidador o condiciones previas negligentes o abusivas.

La hipótesis central que se mantiene es que bien por la institucionalización, bien por unas relaciones familiares problemáticas, la mayoría de los niños adoptados no han podido establecer una relación consistente con ningún cuidador de manera que la secuencia evolutiva que caracteriza un apego seguro contrasta significativamente con la experiencia del niño. Las investigaciones empíricas apoyan esta hipótesis al encontrar dificultades a corto y largo plazo en el establecimiento de un apego seguro en los niños adoptados tras historias de institucionalización (Chisholm y cols., 1995; O'Connor, Rutter y ERA, 2000; Tizard, 1991; Yarrow, Goodwin, Mainemer y Milowe, 1973) o de abuso y negligencia (Chisholm y cols., 1995; Jonson y Fein, 1991).

Además, debido a que sus necesidades de vinculación no son cubiertas de un modo consistente, los niños tratan de cubrirlas a través de otros comportamientos como las llamadas de atención, la agresividad o las mentiras, que pueden ser la génesis de los problemas de conducta (Hughes, 1999). Por el contrario, Marcovitch y cols. (1995) no encuentran diferencias conductuales en función de los patrones de apego de los menores estudiados.

En estos estudios se destaca que la historia preadoptiva y el fracaso en los apegos primarios debe ser considerada cuando el niño ha superado los 6-8 meses de edad al ser adoptado (Grotevant y cols. 1988). Por ejemplo, Chisholm y cols. (1995) señalan que los niños adoptados tras más de 6 meses de institucionalización en Rumania tuvieron apegos menos seguros y más conductas de sociabilidad indiscriminada que los niños no adoptados y también que los adoptados en orfanatos rumanos antes de los 6 meses de edad que tenían patrones de apego muy similares a los nativos.

Las manifestaciones de la inseguridad en el apego de los niños de entornos negligentes pueden ser muy diversas en función de las condiciones previas, desde el apego desorganizado, ansioso ambivalente o ansioso rechazante hasta el trastorno reactivo de la vinculación (Crittenden y Ainsworth, 1989). Stibane (1991), por ejemplo, considera que tras historias de abandono o malos tratos tienden a desarrollar patrones desapegados como se deriva de los síndromes específicos que se

achacan a la población adoptada (síndrome del niño adoptado, síndrome del pozo sin fondo, trastorno reactivo de la vinculación...). En este sentido, para los niños que no han podido establecer ningún tipo de relación con un adulto y que, por tanto desarrollan patrones desapegados de vinculación, este tipo de relaciones deja de tener interés por sí misma y comienzan a ser consideradas de forma utilitarista, como medio para conseguir otros fines; de ahí el comportamiento de sociabilidad superficial que muchas veces acompaña a estos trastornos (Hughes, 1999). Para estos niños, implicarse en una relación afectiva de reciprocidad exige entregar un control y una autonomía que les ha permitido sobrevivir en un entorno de negligencia emocional lo cual puede resultar muy amenazante.

Por el contrario, Marcovitch y cols. (1997) a pesar de que encuentran menores tasas de apego seguro categorizado a partir de la situación extraña (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978) entre los niños adoptados tras un periodo de institucionalización superior a seis meses en Rumania, no encuentran ningún menor con patrones de apego evitativos o rechazantes hacia sus padres adoptivos lo cual contrasta con su hipótesis inicial y con el dato adicional que aporta sobre la sociabilidad indiscriminada en algunos niños no categorizados como evitativos. Estas cuestiones les hacen hipotetizar sobre unos patrones distintos de desarrollo de apego en niños que han pasado por situaciones de privación tan extrema.

c) La responsividad de los padres adoptantes

Cuando el niño es adoptado antes de los 6-8 meses de edad, los problemas de vinculación de los menores no pueden explicarse por variables de la historia previa de apego en los niños por lo que distintos autores plantean la hipótesis de que la responsividad de los padres adoptantes y, consecuentemente, la seguridad del apego, puede verse comprometida por las complicaciones especiales de la transición a la parentalidad adoptiva (Brodzinsky, 1985; Grotevant y cols., 1988; Singer y cols., 1988). Grotevant y cols. (1988) también argumentan que, al igual que en las familias biológicas, las variables temperamentales del menor juegan un papel relevante en el establecimiento de un vínculo seguro en los niños adoptados tempranamente.

Una de las variables más estudiadas en este ámbito es la infertilidad. Según algunos autores, esta condición que puede comprometer la confianza de los padres en su habilidad para manejar los problemas asociados con el establecimiento de la relación paterno-filial y, en consecuencia, su responsividad con el menor (Brodzinsky, 1985; Singer y cols., 1988).

Tratando de comprobar estas hipótesis, Singer y cols. (1985) encuentran que los niños de igual raza que fueron adoptados a los pocos meses pudieron desarrollar apegos tan seguros como los de los no adoptados, aunque no sucedía igual con los adoptados de otras etnias en los que el estigma social vivido por las madres podía estar comprometiendo su responsividad. Juffer y Rosenboom (1997) estudian, por

su parte, un grupo de 80 díadas madre-hijo en la que todos los niños fueron adoptados internacional e inter-racialmente antes de los seis meses. A través de la situación del extraño (Ainsworth y cols., 1978) determinan que 74% de los niños habían desarrollado un apego seguro, porcentaje comparable al de los estudios normativos. También la responsividad de las madres que se muestra comparable a la del resto de las madres.

d) *La complejidad de los modelos internos parentales*

El apego no sólo se basa estrictamente en la experiencia del primer año de vida del niño sino que hay modelos del apego basados cognitivamente (“*working models*”: Main, Kaplan, Cassidy, 1985) que pueden verse complicados por el hecho de tener varias figuras parentales y que pueden dar una nueva comprensión tanto de las dificultades de adaptación psicológica como de la complejidad de las relaciones familiares, especialmente para los niños adoptados con mayor edad (Brodzinsky y cols., 1995; Johnson y Fein, 1991).

Es importante destacar, como han hecho algunos autores, que el establecimiento del apego no es sólo una cuestión diádica (madre-hijo) sino que debe ser entendido desde una perspectiva sistémica ya que la seguridad del apego está profundamente ligada a la dinámica familiar, influenciada por múltiples figuras (padre, madre y hermanos) (Johnson y Fein, 1991) y por las fuentes de estrés que rodean a la familia (Belsky e Isabella, 1988).

Desde la Teoría del Apego también se han desarrollado distintos programas de intervención con familias adoptivas en los que se intenta recomenzar el ciclo del apego para el menor (Kasprzak, 1999; Rila, 1997).

3.1.6. DIFICULTADES EN LA CREACIÓN DE UN SENTIMIENTO DE IDENTIDAD (LA PERSPECTIVA PSICODINÁMICA)

A pesar de que se han estudiado las dificultades en el desarrollo de la identidad de los adoptados como medida de las dificultades de adaptación de los mismos, los estudios empíricos también han demostrado que los problemas en la construcción de la identidad y la baja autoestima asociada a estos problemas están relacionadas con un aumento en otras áreas de psicopatología en los adoptados (Levy-Shiff, 2001).

Las dificultades inherentes a la construcción de la identidad han sido el centro de atención de la perspectiva psicodinámica en el estudio de la adopción (Brinich, 1990). Aunque esta perspectiva cuenta con una larga historia en la investigación clínica y el estudio de casos, carece, por las características propias de la escuela en la que se enmarca, de un apoyo empírico fuerte. Desde su visión, la mayor vulnerabilidad de los adoptados tiene que ver con las dificultades del menor en la resolución de conflictos inconscientes relacionados con la identidad (Brinich, 1990).

Los problemas surgen, inicialmente, por las dificultades del adoptado para resolver la pérdida de objeto o, dicho de otro modo, para resolver el trauma y el duelo asociado al abandono (Brinich, 1990; Nickman, 1985; Sorosky, Baran y Pan-nor, 1975; Zimerman, 1999). A pesar de no ser consciente en la mayoría de los casos, la ruptura de la relación con la madre biológica es una fuente de conflicto, culpa y desvalorización. Incluso cuando el abandono se produce nada más nacer, la quiebra brusca de la relación simbiótica que el niño había vivido con su madre deja, según esta perspectiva, una herida en el psiquismo muy difícil de curar debido a la inmadurez del aparato psíquico del lactante (Zimerman, 1999).

Junto a las dificultades asociadas a la pérdida de objeto, se asume que los niños tendrán dificultades para encontrar modelos de identificación adecuados que apuntalen la construcción de su identidad. Por un lado, los niños viven la confusión potencial de tener dos clases de padres con los que identificarse, especialmente cuando la revelación se da con anterioridad a la resolución de los conflictos edípicos (Wieder, 1977). Por otro lado, el niño puede identificarse con unos padres biológicos “malos” o abandonicos, con los sentimientos autodespectivos que eso comporta, o bien idealizar a aquellos padres biológicos desconocidos y atribuir, por un proceso de disociación, todas las cualidades negativas a los padres adoptivos, lo cual dificulta mucho las relaciones y el desarrollo (Freud, 1986). Por último, los intentos de identificación del menor con sus padres adoptivos también pueden verse comprometidos por los conflictos irresueltos de estos, que ofrecen al menor una imagen devaluada de sí mismos. Esta imagen está especialmente derivada de la herida narcisista que la infertilidad inflige sobre el psiquismo adulto (Blum, 1983; Brodzinsky, 1997; Deutch, 1947; Schechter, 1970; Toussieng, 1962).

3.1.7. NECESIDADES ESPECIALES EN EL MENOR

La idea de que todo niño es adoptable y la puesta en marcha de programas para la adopción de niños con necesidades especiales inició todo un cuerpo de investigación relacionado con la adaptación de los niños de características étnicas diferentes, niños mayores, grupos de hermanos y niños con discapacidades físicas, mentales o médicas. Esta investigación estuvo especialmente centrada en el grado de integración familiar y estabilidad de la adopción de estos niños.

Vistas en su conjunto parece que las deficiencias físicas, médicas o mentales no han mostrado una relación consistente con la ruptura de la adopción a través de los diversos estudios mientras que los problemas de conducta con los que el menor llega a la familia, especialmente las conductas de tipo externalizante como la agresión o las conductas antisociales, así como la hiperactividad sí que se relacionan con unas mayores dificultades de adaptación y una mayor presencia de rupturas (Berry y Barth, 1989; Brodzinsky y cols., 1998; Festinger, 1990).

Independientemente, la acumulación de necesidades especiales en el menor ha sido considerada por McDonald y cols. (2001) el predictor más robusto de la inadaptación y la inestabilidad adoptiva.

DISCAPACIDADES

Con respecto a las discapacidades, Coine y Brown (1985) encontraron, en un estudio sobre 1.588 niños adoptados con deficiencias en el desarrollo, que sólo un 8,7% de ellas se rompieron, siendo esta tasa menor que la de niños con otras necesidades especiales; también Boyne y cols. (1984) encuentran la presencia de minusvalía como reductora del riesgo de la adopción y Rosenthal y Groze (1991) no encuentran relación entre la discapacidad visual, auditiva, física o cognitiva o el diagnóstico médico grave y la ruptura de la relación mientras que necesidades especiales no tan evidentemente graves como las dificultades en el aprendizaje, los retrasos en el desarrollo o los problemas de conducta sí que suponían una mayor tendencia de ruptura.

Generalmente se han explicado los mejores resultados de los niños con discapacidades frente a los niños con problemas de conducta por el hecho de que la discapacidad suele ser evidente de manera previa a la adopción de manera que estos adoptantes serían más conscientes y asumirían responsablemente las dificultades que podrían aportar a la vida familiar que los adoptantes de niños con problemas de conducta (Glidden, 1991; Rosenthal y Groze, 1991). Paralelamente, el mayor riesgo asociado a la discapacidad intelectual encontrado en algunos estudios (Barth y cols., 1988; Nelson, 1985; Partridge y cols., 1986) se explica por el desconocimiento previo de esta condición por parte de los padres. Por ejemplo, en el estudio de Barth y cols. (1988) el 20% de las familias que rompieron su relación con los menores, no sabían con anterioridad de su retraso mental.

Por lo general, de entre las adopciones de niños con necesidades especiales estudiados por Rosenthal y Groze (1994), las más exitosas en términos de adaptación familiar y del menor fueron aquellas en las que los menores tenían una deficiencia intelectual, población que ha sido el foco de atención de numerosos estudios.

Glidden, Valliere y Herbert (1988) exponen cómo un 87% de un grupo de madres que adoptaron niños con alguna deficiencia mental dijeron que la adopción había cubierto o superado sus expectativas y, si volvieran atrás volverían a adoptar de nuevo. La mayoría de las familias manifestaron el impacto positivo que había tenido la adopción en los distintos miembros de la familia, impacto que ha sido documentado, específicamente, en adopciones de niños con Síndrome de Down en comparación con familias biológicas con niños de iguales características. (Gath, 1983).

En el seguimiento longitudinal de adoptados con discapacidades intelectuales se confirman unos resultados muy positivos a largo plazo independientemente de las características del niño, de la composición familiar. Además las familias que

adoptaron un segundo niño con discapacidad tuvieron un grado de ajuste comparable al de la primera adopción (Glidden y cols., 1999, 2000).

Estos datos podrían venir explicados, no tanto por el efecto de la discapacidad en sí como por las especiales características de las familias que adoptan voluntariamente a estos niños. Se piensa estos adoptantes no son comparables a los adoptantes tradicionales ya que mayoritariamente han tenido experiencias previas con menores de iguales características en su familia o el trabajo y, por lo tanto, reaccionan más positivamente ante dificultades iguales o mayores que el resto de las familias (Triseliotis, 1991).

PROBLEMAS DE CONDUCTA

En cuanto a las características conductuales, ya se ha observado cómo los niños adoptados, especialmente los mayores, llegan a la adopción con una variedad de estrategias de afrontamiento aprendidas en sus familias o sus ambientes anteriores, que a menudo se manifiestan bajo la forma de problemas de comportamiento (Henry, 1999). La adquisición por parte del niño de conductas funcionales de supervivencia pueden resultar inadaptables en el nuevo contexto de manera que determinados problemas de conducta previos suponen un mayor riesgo de inadaptación psicosocial para el menor (de desarrollo de mayores problemas de conducta) así como de inadaptación familiar.

Un número importante de investigaciones ha intentado evaluar hasta qué punto estas dificultades conductuales comprometen la estabilidad adoptiva y concluyen que, a pesar de ser frecuentes en la población adoptada, los problemas de conducta aumentan significativamente el riesgo de ruptura en la adopción especialmente cuando estos problemas son externalizantes —conductas agresivas, delinquentes— o de hiperactividad (Berástegui 2003b; Berry y Barth, 1989; Hoksbergen y cols., 1988; McDonald y cols., 1991; Rosenthal y cols., 1988).

Algunos estudios también encuentran relación entre la ruptura y las conductas internalizantes de los menores aunque esta relación es más débil que la encontrada para las conductas externalizantes (Berástegui, 2003b; Hoksbergen y cols., 1988; Rosenthal y cols., 1988). Esto puede explicarse por el carácter disruptivo y desgastante de las conductas externalizantes que pueden suponer una fuente mayor de conflicto familiar que los problemas de tipo introversivo (Berástegui, 2003b).

Los problemas de conducta de los menores en ocasiones surgen de manera más intensa en su relación con algún miembro de la familia de manera que la conflictividad de las relaciones del niño con sus hermanos también parece un factor destacable en la ruptura de la adopción (Hoksbergen, 1997b; McDonald y cols., 1991; Partridge y cols., 1986) así como conflictividad de la relación con los padres adoptivos (McDonald y cols., 1991) especialmente con la madre (Hoksbergen, y cols., 1988, 1997; Smith y Howard, 1994).

También se destaca que cuando los menores desarrollan conductas que los padres habían señalado como inaceptables de manera previa a la adopción es más probable que se rompa la convivencia familiar (Valentine, Conway, Randolph, 1987).

ADOPCIÓN MÚLTIPLE

Generalmente el hecho de intentar colocar a dos hermanos biológicos en el mismo hogar adoptivo es considerado como una necesidad especial en adopción. Los resultados acerca de la relación entre las adopciones múltiples y la ruptura no parecen concluyentes y pueden estar mediados por las diferentes composiciones muestrales de los distintos estudios.

Tratando de reconciliar los distintos estudios podría considerarse que para el común de los niños la adopción múltiple no tiene relación con la ruptura (Barth y cols., 1988) o bien implica un discreto aumento del riesgo de inadaptación familiar (Benton y cols., 1985; Berástegui, 2003b; Boneh, 1979; Erich y Leung, 2002; Hoksbergen y cols., 1988; Kadushin y Seidl, 1971), mientras que en la adopción de adolescentes, la adopción múltiple parece un factor de protección (Berry y Barth, 1990; Rosenthal y cols., 1988).

Por otro lado, parece que las adopciones múltiples en hogares que ya tenían hijos previamente a la adopción parecen tener más riesgo que en aquellos hogares en los que no hay más hijos (Berry y Barth, 1990; Boneh, 1979).

3.2. VARIABLES Y TEORÍAS CENTRADAS EN LA FAMILIA ADOPTANTE

Si bien no se puede negar la gran influencia de los factores del menor, entendemos que desde esta perspectiva la práctica consecuente sería restringir las posibilidades de adopción a niños con determinadas características de riesgo. Sin embargo, esta práctica iría claramente en contra de la adopción como medio de protección a la infancia en situación de abandono (Serbin, 1997).

Por otro lado, la práctica clínica y los datos de las investigaciones nos indican que frente a los mismos factores de riesgo en los menores, hay familias en las que el sistema logra adaptarse y otras en las que no. No todas las familias que adoptan menores en dificultad fracasan y de hecho la mayor parte de ellas no lo hacen (Groza y Ryan, 2002).

Por ello, un importante grupo de investigadores ha centrado sus esfuerzos en el estudio de las variables familiares relacionadas con la adaptación tanto del menor como del sistema familiar (Barth y Brooks, 1997; Brodzinsky y Brodzinsky, 1992; Palacios y Sánchez, 1996; Priel y cols., 2000; Rosenthal y Groze, 1991; Westhues y Cohen, 1990). Algunas de las variables familiares más estudiadas han sido el número de progenitores (Groze, 1991), la presencia de hijos biológicos en la familia (Brod-

zinsky y Brodzinsky, 1992), el tamaño de esta (Priel y cols., 2000) y el tipo de expectativas de los padres frente a la adopción, pero los resultados son contradictorios a través de los distintos estudios.

La mayor parte de los estudios que han evaluado el efecto de las variables sociodemográficas y de composición familiar en la adaptación adoptiva han sido estudios centrados en la ruptura de las adopciones especiales. Para estos estudios lo importante es encontrar variables objetivas y evidentes durante el proceso de evaluación que predigan el funcionamiento posterior de la adopción y así orientar la toma de decisiones en la idoneidad y el “matching”. Sin embargo, el hecho de que la investigación se haya centrado en adopciones especiales hace que las distintas definiciones de necesidad especial y las diversas composiciones muestrales estén influyendo en la variabilidad de los resultados.

En la base de esta falta de consistencia también podemos encontrar la ausencia de un único modelo teórico que explique los mecanismos a través de los cuales determinado factor o configuración familiar aumenta el riesgo de patología, ruptura o insatisfacción en la relación adoptiva.

A pesar de las dificultades metodológicas y de la complejidad de los resultados que relacionan las variables familiares con el riesgo en adopción hay que destacar que su importancia es innegable (Brodzinsky y cols., 1998; Rosenthal, 1993; Rosenthal y Groze, 1991). McDonald y cols. (2001), por ejemplo, apuntan a que el 14,5% de la varianza de la adaptación estaba explicada por las características familiares en general y un 15,5% adicional por las características de los padres en particular. En total un 30% de la varianza de la adaptación familiar estaba explicado por variables familiares frente al 39,6% que se explicaba por las variables del menor.

Si miramos más allá de las variables sociodemográficas y de composición familiar, los estudios que han analizado empíricamente los efectos de la motivación y expectativas de los padres o de la dinámica de las relaciones padres-hijos en las familias adoptivas son quizás escasos (Palacios y Sánchez, 1996b). Esta falta de investigación empírica está contrarrestada por multitud de textos en los que se destacan las variables que, desde una perspectiva teórica, suponen un aumento del riesgo asociado a la adopción. Hajal y Rosemberg (1991) destacan como factores de riesgo dependientes de la familia:

- a) Los trastornos psicopatológicos, los problemas de pareja y el sentimiento de incapacidad de muchos padres para educar al adoptado.
- b) Las diferencias entre el adoptado y los padres y el incumplimiento de las expectativas de los padres en el matching.
- c) Los problemas relacionados con la comunicación al niño de la adopción incluyendo actitudes negativas de los padres hacia algunos aspectos de la adopción.
- d) El habitual salto generacional entre adoptantes y adoptado por la mayor edad de aquellos.

- e) La mayor sensibilidad de estas familias a pedir ayuda especializada ante los mismos problemas que tiene la población general.

También se especula la posibilidad de que las características específicas de las familias adoptivas impliquen algunas ventajas o factores de protección sobre las familias biológicas (Brodzinsky y Huffman, 1988; Palacios, 1998) como:

- a) *Mayor estabilidad familiar*: Se ha constatado que las familias adoptivas son más estables y sufren un menor porcentaje de separaciones y divorcios que la población general, al menos en Noruega (Dalen, 2003). Junto a esto, la pareja suelen llevar más tiempo casados cuando adoptan por lo que pueden tener más sensibilidad y comunicación de pareja (Brodzinsky y Huffman, 1988; Palacios, 1998).
- b) *Mayor edad de los padres*: Los adoptantes tienden a ser mayores cuando llega el primer hijo y por lo tanto a estar asentados en sus carreras y tener más seguridad financiera (Palacios, 1998) por lo que estas variables no juegan un papel tan importante en la transición a la parentalidad como lo hacen en el resto de las familias.
- c) *Mayor experiencia de afrontamiento del estrés*: La asunción de la infertilidad, la decisión de adoptar y las dificultades inherentes a los procesos de adopción pueden facilitar que los adoptantes desarrollen, personalmente y como pareja, estrategias de afrontamiento más efectivas para manejar el estrés.
- d) *Mayor preparación para la transición a la parentalidad*: El común de los adoptantes han sido formados y valorados por un equipo conocedor de las dificultades de la transición a la parentalidad adoptiva por lo que se supone que habrá un sesgo de selección de las familias más preparadas (Palacios, 1998).
- e) *Mayor satisfacción asociada a la paternidad*: Los adoptantes, como respuesta al dolor y la frustración experimentados en el duelo por el hijo biológico, pueden vivir la adopción como un gran logro y satisfacción lo que puede servir de factor de protección frente al estrés relacionado con la paternidad.

3.2.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

NIVEL SOCIO-EDUCATIVO

Las variables referentes al nivel educativo, tipo de empleo y nivel de renta de los padres adoptivos muestran, por lo general, una relación pequeña pero significativa, no sólo con la ruptura de la adopción, sino también con las diferencias conductuales entre adoptados y no adoptados.

El nivel educativo de los padres muestra, en algunos estudios, una relación inversa con la estabilidad de la adopción (Festinger, 1986; Rosenthal y cols., 1988),

la satisfacción en las relaciones con los hijos (Rosenthal, Groze y Curiel, 1990) y la adaptación psicosocial del menor (Rosenthal y Groze, 1994). Esta relación parece depender más del nivel de estudios de la madre, de manera que un mayor nivel educativo de la madre adoptiva estaba asociado a un mayor riesgo de ruptura, encontrándose una relación más débil o incluso nula con el nivel educativo del padre (Festinger, 1986, Rosenthal y cols., 1988). Festinger (1986) justifica esta relación por la mayor presencia de madres de un bajo nivel educativo entre las madres previamente acogedoras —variable que se relaciona de un modo consistente con las adopciones intactas en los estudios estadounidenses—.

Sin embargo, Mc Donald y cols. (1991) no encuentran relación entre ambas variables y Boyne y cols. (1984) encuentran que un mayor nivel educativo de la madre adoptiva estaba asociado con un menor riesgo de ruptura, particularmente para los niños más jóvenes. También Miller y cols. (2000) encuentran que los mayores tamaños del efecto para las diferencias entre adoptados y no adoptados surgen en las familias con niveles educativos más bajos. Entre estas familias, los adoptados tenían menos confianza en el futuro, más problemas físicos y habían tenido más episodios de borracheras que sus pares no adoptados.

Reconciliando estos resultados Barth y cols. (1988, 1990) sugieren la posibilidad de una relación curvilínea entre el nivel de estudios y la adaptación al encontrar que las madres adoptivas con un título universitario (“*college degree*”) son más tendentes a la ruptura que aquellas con una educación secundaria (“*high school degree*”) pero menos que las que tenían niveles muy elementales de estudios. De igual modo, Berástegui (2003b) constata en su muestra que las madres con estudios primarios tienen la mayor proporción de rupturas, seguidas de las madres con estudios universitarios y por último de las madres con estudios secundarios y plantea como hipótesis que este patrón de resultados esté relacionado con la interacción de dos variables: el nivel de recursos, por un lado y el nivel de expectativas sobre el menor, por el otro. Así, las familias con bajos niveles de estudios podrían tener un nivel de expectativas no demasiado exigente para con el menor pero no tener acceso a los recursos (económicos, educativos o sociales) para hacer frente a determinadas demandas de la adaptación y las familias con altos niveles de estudios seguirían el patrón opuesto, mientras que las familias con niveles de estudios intermedios tendrían un nivel de expectativas no excesivamente exigente al tiempo que un nivel suficiente de recursos.

En adopciones especiales, la adaptación familiar y del menor estaba asociada a un menor nivel educativo y unos menores niveles de renta en la familia adoptiva (Rosenthal y Groze, 1994)

Reflejando un patrón similar al de los resultados en función del nivel educativo, Rosenthal y cols. (1988, 1994) presentan una relación significativa entre el menor nivel de renta y la estabilidad familiar o la adaptación del menor aunque esta relación tendría un escaso valor predictivo. Del mismo modo McDonald y cols. (2001)

encuentran que, una vez controladas otras variables, la renta de los padres estaba relacionada con un descenso en la adaptación y en la misma línea se sitúan otras investigaciones que ofrecen como explicación a esta relación la posibilidad de que los padres de clases trabajadoras tengan expectativas más realistas sobre la futura adaptación del menor —especialmente escolar y laboral— y muestren mayor tolerancia a las irregularidades de conducta de sus hijos que los padres de clase media y media-alta (Brodzinsky y cols., 1995; Groze, 1986; Hoksbergen y cols., 1988; Schmidt y cols., 1988). Unger, Dwarshuis y Jonson (1977) concluyen que las familias de clase media alta tienen mayores tasas de ruptura cuando sus niños tienen problemas de comportamiento o de aspecto físico.

Otros estudios no encuentran especial relación entre los ingresos familiares y la adaptación adoptiva (Barth y cols., 1988; Berástegui, 2003b; McDonald y cols., 1991).

Por último, los estudios que tratan de relacionar el empleo de los padres con la adaptación suelen no encontrar relación (Barth y cols., 1988; Festinger, 1986) aunque Westhues y Cohen (1990) apuntan a que las familias en las que la madre era autónoma, profesional o directiva de alto nivel sufrían una menor proporción de rupturas.

CARACTERÍSTICAS ÉTNICAS DE LOS PADRES

La raza de los padres muestra una relación inconsistente con la adaptación adoptiva de manera que en algunos estudios las madres blancas mostraban una mayor adaptación que las de otras procedencias étnicas (McDonald y cols., 1991, Partridge y cols., 1986) mientras en otros esta relación era inversa, es decir, las adopciones exitosas se daban más frecuentemente en familias de etnias minoritarias (Rosenthal y cols., 1988, 1994) o no se encontraba especial relación (Barth y cols., 1988).

Quizás la variable relevante, como se ha comentado anteriormente, no sea tanto las características étnicas en sí como las diferencias étnicas entre padres e hijos que, según algunos autores, puede ser un factor de riesgo en el establecimiento del apego (Singer y cols., 1985).

EDAD DE LOS PADRES

Distintos autores han especulado que parte del riesgo en adopción puede explicarse por una mayor diferencia de edad entre padres e hijos (Hajal y Rosenberg, 1991) lo que llevaría a mayores conflictos generacionales. Por el contrario, parte de la investigación sobre la ruptura nos indica que los padres mayores muestran resultados más exitosos (Berry y Barth, 1990; Rosenthal y cols., 1988; Zwimpfer, 1983) aunque la diferencia parece explicarse por el hecho de que los padres adoptivos que previamente tenían en acogimiento al menor solían ser mayores.

Otras investigaciones no encuentran relación significativa entre la edad de los padres y el resultado de la adopción (Barth y cols., 1988) y un tercer grupo de estudios encuentra una relación positiva entre la edad de los padres y la ruptura de la adopción (Boneh, 1979; Kadushin y Seidl, 1971). Berástegui (2003b) describe cómo, a pesar de no encontrar relaciones estadísticamente significativas, el mayor número de situaciones de truncamiento y riesgo de niños mayores de seis años se daban entre las madres más jóvenes y las mayores mientras que entre las madres de edades intermedias había menos casos de ruptura.

Triseliotis y Rusell (1984), por su parte, destaca la importancia de la edad de los padres en relación con la edad del niño de manera que encuentran cierto riesgo en colocar a niños recién nacidos con padres mayores de 45 años.

3.2.2. COMPOSICIÓN FAMILIAR

En relación con la composición o estructura de la familia adoptiva, las variables que se han estudiado con más profundidad han sido el número de progenitores (monoparental frente a biparental) y la composición de la fratría (otros hijos biológicos y adoptivos en la familia, número de hermanos, orden en la fratría).

MONOPARENTALIDAD VS. BIPARENTALIDAD

Los estudios relacionados con el número de progenitores han tratado de evaluar hasta qué punto las adopciones llevadas a cabo por personas solas ofrecen al niño un entorno de crecimiento y desarrollo igualmente eficaz que las llevadas a cabo por una pareja. Los resultados indican, mayoritariamente, que no existen diferencias en la estabilidad de la adopción entre estos dos tipos de familias (Barth y cols., 1988; Berástegui, 2003b; Groze, 1991). Barth y cols. (1988, 1990) no encuentran diferencias significativas entre las familias monoparentales y biparentales con respecto a sus tasas de ruptura con independencia de la edad, el sexo y la raza del niño, de que la adopción fuera múltiple o no y de las colocaciones previas del menor, pero sí encuentran que las familias monoparentales adoptaban niños de mayor edad, más varones y menos grupos de hermanos, mostrando diferencias significativas en este sentido con las familias biparentales. En una revisión de diversos estudios, Shireman (1996) tampoco encuentra diferencias en adaptación escolar de los menores entre estas familias.

Sin embargo, los menores adoptados por familias biparentales han mostrado en otros estudios un mejor funcionamiento psicosocial (McDonald y cols., 2001) y no se diferencian de sus pares no adoptados mientras que entre las familias monoparentales se encuentra un peor funcionamiento psicosocial cuando los niños son adoptados que cuando no lo son (Miller y cols., 2000).

Kagan y Reid (1986) apuntan una posible interacción entre el sexo del adoptante y del adoptado de modo que las madres solteras que adoptaron varones tuvie-

ron una peor adaptación (sólo una de las seis adopciones de su estudio permanecieron intactas) mientras que no pasaba lo mismo cuando adoptaban niñas.

El número de progenitores no es sólo una variable en la adaptación sino que de él depende el estudio de otras variables investigadas para las parejas adoptantes que no pueden ser estudiadas en familias monoparentales. Entre ellas se encuentra el tiempo de convivencia de la pareja. Algunos estudios aportan que entre los matrimonios más jóvenes se daban mayores tasas de ruptura de la adopción (Wes-thues y Cohen, 1990, Zwimpfer, 1983) y otros no encuentran especial relación (Boneh, 1979; Festinger, 1986). Por el contrario, Berástegui (2003b) relaciona un mayor tiempo de convivencia con un mayor riesgo de ruptura aunque considera que esta relación puede estar mediada por el efecto de la edad de los padres. Quizás la ruptura no esté tan relacionada con el tiempo del matrimonio en sí como con la calidad de la relación marital. En el estudio de Rosenthal y cols. (1988) esta variable mostraba una importante relación con el éxito de la adopción aunque el resultado ha de ser interpretado con cautela ya que la calidad de la relación de pareja se evaluó después de la ruptura de la adopción.

Un factor que también se ha destacado como relevante para el éxito de la adopción es que el proyecto adoptivo sea compartido por ambos miembros de la pareja (McDonald y cols., 1991, Partridge y cols., 1986). En este sentido, la participación activa del padre en la crianza y su implicación en la adopción —que parece ser mayor entre los adoptantes internacionales que entre los nacionales (Levy-Shiff y cols., 1997)— es un determinante fundamental de la adaptación, por el efecto que tiene de apoyo y sostén tanto para el menor como para la madre frente a las posibles dificultades iniciales en la relación entre ambos (Partridge y cols., 1986; Wes-thues y Cohen, 1990).

COMPOSICIÓN DE LA FRATRIA

La otra cara de la composición del hogar es la presencia de hijos biológicos o adoptivos en la familia de manera previa a la adopción, hechos que muestran relaciones contradictorias con la ruptura de la misma.

A pesar de que algunos estudios encuentran que no existe relación entre la presencia de hijos biológicos en la familia y la estabilidad de la relación adoptiva (Boyne y cols., 1984; Festinger, 1986, Zwimpfer, 1983) o la adaptación psicosocial del menor (Brodzinsky y Brodzinsky, 1992; Juffer y Rosebom, 1997) y que un número aún menor encuentra en la presencia de hijos biológicos un factor preventivo para la adopción (Rosenthal y cols., 1988; Ternay, Wilborn y Day, 1985), la mayoría de los estudios evidencian que el ajuste psicosocial de los adoptados es peor en los niños criados en familias mixtas (con hijos biológicos y adoptados) que en familias sólo adoptivas (Barth y Brooks, 1997; Geerars, Hart y Hoksbergen, 1991; Howe, 1997; Stams, 1998, Ternay y cols., 1985) especialmente cuando los niños adoptados tie-

nen necesidades especiales (Hoopes, 1982). También se ha destacado que en familias mixtas se da una mayor tendencia a la ruptura (Berástegui, 2003b; Berry y Barth, 1990; Hoksbergen y cols., 1988, 1997, 1998; Kadushin y Seidl, 1971; Marcovitch y cols., 1997).

Algunos autores han justificado esta relación por la mayor tendencia de los servicios sociales a asignar niños mayores o niños con mayores dificultades a las familias que ya tienen hijos biológicos (Hoksbergen y cols., 1997b, 1998). Berástegui (2003b), sin embargo, mantiene que la presencia de hijos biológicos es un factor de riesgo independiente a la edad de adopción del menor.

Otras explicaciones que se han aportado por la literatura al riesgo asociado a las familias mixtas es la posibilidad de que las madres que ya han tenido hijos biológicos quieran repetir las experiencias y los modelos ensayados con éxito con sus anteriores hijos y sean rígidas tanto en sus expectativas como en sus patrones educativos, sin tener en cuenta las posibles especificidades del menor (Roseboom, 1994). También es posible que, en un intento por proteger al adoptado los padres puedan intentar ofrecerle más atención, lo que puede ser vivido por sus hijos biológicos con recelo y por los adoptados con sensación de inferioridad (Ternay y cols., 1985) o que, por el contrario, frente a los normales conflictos entre hermanos, los padres vivan un cierto conflicto de lealtades y tiendan a proteger a sus hijos biológicos y a sentirse culpables por haberles impuesto la adopción. Por último, el mayor riesgo asociado a la adopción en familias con hijos biológicos podría deberse al aumento de personas que tienen que adaptarse a la nueva situación y a la multiplicación de las fuentes de estrés y conflicto, aunque esta hipótesis predeciría también un mayor riesgo de las familias que adoptan por segunda o tercera vez, predicción que entra en contradicción con los resultados de las investigaciones (Berástegui, 2003b)

En este sentido, la presencia de hijos adoptivos previos en la familia parece tener un papel preventivo (Berry y Barth, 1990, McDonald y cols., 2001, Partridge y cols., 1986) o neutro (Berástegui, 2003b; Boyne y cols., 1984; Festinger, 1986) frente a la adaptación del nuevo niño.

En cuanto al número de hijos, algunos autores encuentran una mayor adaptación familiar y del menor entre las familias más grandes (Erich y Leung, 1998; Hoksbergen y cols., 1998), por el contrario, Rosenthal y cols. (1988) predicen una mejor adaptación en las familias más pequeñas aunque la relación que encuentra no es muy relevante y Berry y Barth (1990) no encuentran diferencias significativas en función del número de menores en el hogar.

En cuanto al puesto del adoptado en la fratría parece que no ser el hermano pequeño (sino el mayor o mediano) al inicio de la convivencia familiar es un factor de riesgo para el adoptado (Festinger, 1986; Hoksbergen, 1997b).

Intentando evaluar todos estos factores en su conjunto, Brodzinsky y Brodzinsky (1992) analizan la influencia de la composición del hogar en la adaptación de los menores adoptados y llegan a la conclusión de que los niños sin hermanos

y los adoptados con hermanos adoptivos menores tuvieron puntuaciones más altas en el total de problemas de conducta (medidos a través del CBCL) que los niños con hermanos adoptivos mayores. Los niños adoptados con hermanos biológicos mayores o menores se encontraban entre estos grupos pero no diferían significativamente de ellos. Los autores concluyen que el puesto que ocupa el menor adoptado en la fratría y la presencia de hijos biológicos y adoptivos en la familia tienen una influencia relativamente pequeña en la adaptación de los menores, pero hemos de tener en cuenta que el estudio se lleva a cabo con una muestra de niños adoptados antes de los 3 años, habiendo eliminado aquellos con especiales problemas de conducta o una historia de ruptura familiar.

Por su parte, Festinger (1986) investiga la posible influencia de la composición tanto sexual como racial de la fratría y concluye que el porcentaje de rupturas era considerablemente mayor entre los que fueron adoptados por familias cuyos hijos biológicos eran todos de otro sexo que el menor, hecho que se explica por la posible motivación de los padres a tener un hijo de otro sexo más que por su deseo de ser padres en sí mismo o, quizás, por el posible temor de los padres frente a posibles encuentros sexuales entre los hermanos. En cuanto a la composición racial de la fratría, no encuentra ninguna relación con la ruptura de la adopción.

Berástegui, (2003b) intenta reconciliar los datos de composición familiar de su estudio ordenando el nivel de riesgo de inadaptación en función de distintas configuraciones familiares. Así, el mayor riesgo estaría en las familias biparentales con hijos, seguidas de las monoparentales, de las biparentales mayores sin hijos y de las biparentales jóvenes sin hijos donde encontraríamos las tasas más bajas de ruptura.

3.2.3. MOTIVACIONES Y EXPECTATIVAS

A pesar de la importancia que se ha concedido a la motivación tanto en la teoría como en la práctica de la adopción, no contamos con un cuerpo suficientemente amplio de investigación empírica que establezca un patrón claro de relaciones entre motivación y adaptación. Además, los pocos estudios que han emprendido este esfuerzo difieren en el modo de clasificar las distintas motivaciones por lo que la comparación entre investigaciones no es siempre sencilla.

Triseliotis (1988) habla de dos tipos de motivaciones para la adopción: la motivación centrada en el niño y la motivación centrada en los padres y considera que las adopciones demasiado centradas en los deseos de los padres tienen mayor riesgo de inadaptación. En los mismos términos se manifiestan Anderson, Piantanide y Anderson (1993) aunque utilizan la nomenclatura de adopción tradicional frente a adopción preferencial.

Durante mucho tiempo se ha considerado que la infertilidad de los padres podía ser un factor de riesgo para la adopción, especialmente en adopciones especiales (Westhues y Cohen, 1990). Sin embargo, algunos estudios proponen que la

infertilidad en sí puede no estar jugando ningún rol en la adaptación de los niños adoptados (Downs, 1995; McDonald y cols., 1991) o, por el contrario, puede jugar un papel preventivo (Berástegui, 2003b; Feigelman y Silverman, 1983).

En esta línea, Hoksbergen y cols. (1991a) distingue entre las adopciones orientadas internamente (basadas en la incapacidad de tener e hijos y en un deseo fuertemente expresado de paternidad) y las orientadas externamente (llevadas a cabo en función de ideales abstractos religiosos, políticos o filantrópicos) y considera que estas últimas corren un mayor riesgo de inadaptación. Hoksbergen y cols. (1988) atribuyen el mayor índice de rupturas de las adopciones orientadas externamente (o solidarias) a que, por su propia motivación de ayuda, estas familias tienden a aceptar la asignación de niños más difíciles lo que determina sus posibilidades de adaptación.

Berástegui (2003b) destaca, sin embargo, que en su muestra, la motivación solidaria aparece mayoritariamente de manera secundaria a otras motivaciones como los problemas biológicos, el deseo de ser madre soltera o el deseo de llenar un hueco y dar sentido a la vida. A partir de esta clasificación, tan sólo encontró diferencias significativas en la tasa de truncamiento y riesgo entre las familias motivadas hacia la adopción como vía para ser madres solteras y las que no manifestaron este motivo teniendo las primeras un mayor porcentaje de rupturas, aunque pone especial hincapié en la importancia de estudiar las adopciones encaminadas a dar sentido a la vida del adoptante que, cualitativamente, tuvieron un importante papel en la explicación del riesgo.

En un aspecto más cuantitativo parece que la fuerza motivacional (Festinger, 1986) y la cohesión del proyecto adoptivo en el seno de la pareja que hemos comentado con anterioridad (McDonald y cols., 1991, Partridge y cols., 1986) son variables de buen pronóstico de la adopción.

En relación con las expectativas de los padres, parece que su ruptura en interacción con las características de los niños es uno de los predictores más poderosos de la adaptación adoptiva, especialmente cuando los niños tienen necesidades especiales (Berry y Barth, 1989; Boneh, 1979; Festinger, 1986; Partridge y cols., 1986; Reilly y Platz, 2003; Rosenthal, 1993; Schmidt y cols., 1988). La investigación apunta a que unas expectativas muy difusas (Festinger, 1986; Partridge y cols., 1986) o excesivamente específicas (Festinger, 1986) y poco flexibles (Boneh, 1979), se relacionan con un mayor riesgo de inadaptación en la adopción.

Así mismo, las expectativas de la familia sobre sus hijos pueden ser poco realistas (Cohen, Coyne y Duvall, 1993) y truncar las posibilidades de adaptación. En un estudio con muestra española de adopción nacional, aunque no directamente relacionado con la ruptura de la adopción (Fuentes y cols., 2000), encontramos que las expectativas de los padres que más frecuentemente se frustran con la conducta posterior del niño giran en torno a la rapidez de la adaptación del niño a la familia (33,3%), el mejor rendimiento académico del niño (33,3%), que el niño expre-

sara agradecimiento a los padres por haberle acogido (27,7%), que el niño expresara más afecto a los padres (11,1%) y que su conducta fuera más parecida a la de otros niños de su edad (11,1%). También Berástegui (2003b) consideran que las quejas que presentan las familias truncadas, se encuentran íntimamente relacionadas con la ruptura de expectativas, como los problemas con los límites y normas (agresiones, violencia y miedo por la integridad física), las dificultades en el establecimiento del vínculo entre el menor y la familia (la falta de afectividad en el menor y su rechazo a la familia) y el hecho de que la convivencia resulte insoportable para los padres. En este sentido, la ruptura de expectativas frente al control de límites, la relación afectiva o la convivencia cotidiana puede poner en riesgo la estabilidad de la adopción.

La ruptura de las expectativas de los padres con respecto a la edad del menor se ha estudiado específicamente como factor de riesgo de manera que las familias que adoptan un niño cuya edad no coincide con la esperada o la solicitada en un principio tienen una menor estabilidad (Boneh, 1979; Schmidt y cols., 1988; Valentine y cols., 1987).

3.2.4. DINÁMICA DE RELACIONES PADRES HIJOS (LAS PERSPECTIVAS RELACIONALES O INTERACCIONALES)

La adaptación de los niños y de la propia familia a la adopción está mediada por las pautas de funcionamiento familiar, especialmente durante la transición a la parentalidad (Brodzinsky y cols., 1987; Brodzinsky y Huffman, 1988; Leung y Erich, 2002).

En un estudio sobre las pautas de funcionamiento familiar en adolescentes adoptados en cuidado residencial en comparación con los residentes no adoptados comprueban que la salud psíquica de los padres adoptivos era mayor que la del grupo control: menos maltrato de género e infantil, menos abuso de alcohol o drogas, matrimonios más estables y mayor deseo de tener hijos frente a la paternidad frecuentemente no deseada del grupo control (Grotevant y McRoy, 1990), lo que en cierto modo, desecharía las variables familiares como intervinientes en el proceso de inadaptación. Sin embargo, los autores destacan la existencia de pautas diferenciales en la dinámica familiar de los adoptados como por ejemplo la importancia de las teorías sobre la conducta del niño y de los procesos atribucionales hacia la conducta del menor.

Fernández Molina (2002) también destaca la importancia del proceso atribucional en la adaptación inicial en adopciones especiales en España, de manera que los padres que achacan la persistencia de los problemas a los niños y su desaparición a su propio trabajo educativo suelen tener mejores resultados que los padres, minoritarios, eso sí, que realizan atribuciones basadas en la genética.

Algunos autores consideran que los procesos atribucionales pueden generar en los padres adoptivos una percepción más negativa e insegura de su propia paternidad lo que influiría en la dinámica de las relaciones padres-hijos y, consecuentemente en la adaptación. Hartman y Laird (1990) argumentan que los padres adoptantes suelen sentirse menos capaces, más culpables y más necesitados de ser unos “padres perfectos” que el resto de los padres. Por su parte, Priel y cols. (2000) encuentran que las madres adoptivas tienen una percepción más negativa de su propia maternidad sintiendo que comprenden menos las necesidades del niño y centrándose más en la satisfacción de sus propias necesidades, lo que correlaciona significativamente con los problemas de conducta del menor y especialmente con los problemas externalizantes.

Las dos variables que se han estudiado más en profundidad con respecto a la dinámica de las relaciones padres-hijos, aunque definidas y operativizadas de diversos modos, han sido la cohesión (en qué medida la familia permanece unida y cercana frente a las crisis y demandas del entorno o de sus miembros) y la adaptabilidad (en qué medida la familia es suficientemente flexible como para asumir los cambios exigidos por estas demandas).

Distintos autores han encontrado que, por lo general, las familias adoptivas se muestran tan unidas y cohesionadas o más que las familias normativas (Hoksbergen y cols. 1991a; McGuinnes y Pallansch, 2000; Palacios y Sánchez, 1996b; Rosenthal y Groze, 1992) al menos hasta llegar a la adolescencia (Rosenthal y cols. 1994). Incluso se ha encontrado que en adopción internacional, las familias muestran mayor cohesión, mayor ajuste y satisfacción marital y mayor comunicación de pareja que en adopción nacional (Levy-Shiff y cols., 1997). Por otro lado, también parece que un nivel bajo de cohesión familiar y una menor implicación del padre en las relaciones familiares estaban relacionadas con una mayor inestabilidad de la adopción y un peor ajuste de los menores (McGuinnes y Pallansch, 2000; Rosenthal, 1993). Por ejemplo, la cohesión y la expresividad familiares predijeron positivamente la adaptación de los menores adoptados en Rusia entendida en términos de competencia en casa y en el colegio de manera que, los factores de riesgo del menor (tiempo de institucionalización, peso al nacer, presencia de síndrome alcohólico fetal y experiencia de abuso y negligencia) son moderadamente efectivos para predecir la competencia ($R=0,243$) mientras que si se incluyen las variables de interacción familiar el poder del modelo aumenta significativamente ($R=0,310$).

Específicamente, la aceptación y satisfacción con la parentalidad adoptiva unida a una actitud cálida y acogedora hacia el hijo era predictiva de ajuste. Por el contrario, el rechazo del niño y la insatisfacción con la parentalidad adoptiva, estaban relacionados con peor ajuste por parte del niño (Kadushin, 1980) resultados que han sido replicados longitudinalmente (Hoopes, 1982).

Paralelamente se ha encontrado una mayor adaptabilidad en las familias adoptivas que en las normativas (Rosenthal y Groze, 1992, 1994) aunque los adoptados

internacionales consideran a sus padres más controladores (Levy-Shiff y cols., 1997). La mayoría de los autores coinciden en que la rigidez de los patrones familiares y de las pautas educativas inciden negativamente en el proceso de adaptación (Kagan y Reid, 1986; Palacios y Sánchez, 1996b; Rosenthal y cols., 1988, 1993). Rosenthal y cols. (1988) valoraron la estructura de normas familiares frente a la conducta a veces disruptiva de los menores a través del modelo circunflejo desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell (1979) y encuentra una aplicación de normas más rígida entre las familias que se rompieron, resultados que confirman los de Kagan y Reid (1986) aunque estos sólo relacionan la ruptura con la rigidez del padre y no tanto de la madre. Por su parte, Palacios y Sánchez (1996b) encuentran un patrón según el cual los adoptados de familias menos afectivas y más coercitivas en su forma de ejercer el control tenían mayores problemas de conducta. También encuentran que la hiperactividad correlacionaba positivamente con estrategias coercitivas de control y negativamente con la expresión de afecto por parte de los progenitores masculinos. En escolares los problemas de conducta globales correlacionaron con una expresión negativa de afecto en padres y madres. Por el contrario, Barth y cols., (1988) encuentran que una mayor flexibilidad en las reglas era un buen predictor de la inestabilidad adoptiva.

Más allá del estudio de variables familiares aisladas, algunos investigadores han generado o aplicado modelos teóricos para explicar la adaptación adoptiva en términos de interacción entre el riesgo previo de los menores y el modo en que la familia asume los retos propios de la adopción (Barth y Berry, 1988, 1989; Brodzinsky y cols., 1990, 1993; 1994; Groze y Rosenthal, 1991, 1994; 1996; Kirk, 1964; Reitz y Watson, 1992).

Los tres supuestos básicos que comparten estos desarrollos teóricos podrían expresarse del siguiente modo:

1. La adopción comporta una serie de retos y tareas específicas que son una importante fuente de estrés adicional o de dificultad.
2. El modo en el que la familia afronte y se haga cargo de estas tareas influirá determinantemente en el grado de adaptación adoptiva.
3. Por lo tanto, la adaptación familiar no sólo dependerá del riesgo previo del menor ni de sus esfuerzos sino que la adopción supone la creación de un nuevo sistema familiar al que todos los miembros tendrán que adaptarse.

Teoría del rol social

La publicación de "Shared Fate" de David Kirk (1964) fue el primer intento sistemático de explicar la adaptación adoptiva en términos de patrones de interacción familiar y supuso un hito en el desarrollo de la teoría y la práctica moderna sobre adopción (Brodzinsky, 1997). Kirk aplicó la teoría del rol social a las relaciones en la

familia adoptiva desde el presupuesto de que las relaciones en la familia adoptiva están construidas sobre un doble duelo: el duelo por la infertilidad de los padres adoptantes y el duelo por el abandono del adoptado. De estas situaciones de pérdida se deriva, adicionalmente, una pérdida de estatus o, dicho de otro modo, un rol social estigmatizado que interactuará y complicará las tareas universales de la vida familiar.

A pesar de que Kirk considera que tanto los padres como los hijos tendrán que asumir la pérdida asociada a su duelo, en sus desarrollos se centra fundamentalmente en cómo los padres adoptivos experimentan mayor estrés relacionado con las tareas adicionales, los retos, los conflictos y las incongruencias asociadas con la vida de la familia adoptiva.

Desde esta perspectiva se ponen especialmente de relieve las diferencias entre la parentalidad biológica y la adoptiva; cuestiones como superar la infertilidad, la falta de modelos familiares, la ausencia de un periodo de gestación que permita una preparación emocional gradual, la evaluación constante a la que pueden sentirse sometidos los adoptantes en su papel, la posible falta de apoyo por parte de familiares y la tarea de la revelación son situaciones estresantes para los padres que pueden acabar mermando su cumplimiento del rol parental.

Para afrontar este estrés adicional y la pérdida de estatus asociada, los padres suelen usar una de estas dos estrategias:

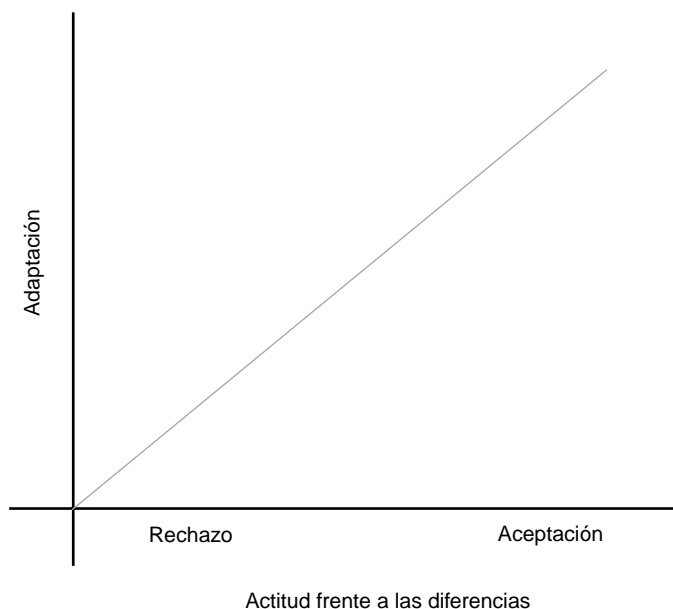
- a) Negar, minimizar o rechazar el significado de su duelo o las diferencias asociadas a la adopción, estrategia denominada “rechazo de las diferencias”.
- b) Reconocer la pérdida y los retos específicos de la familia adoptiva, actitud que está más relacionada con un ajuste positivo familiar y del adoptado porque da más libertad para explorar abiertamente las cuestiones adoptivas. Esta actitud es denominada aceptación de las diferencias.

La hipótesis central de Kirk (1964) es que a mayor grado de reconocimiento y aceptación de las diferencias, mayor será el grado de adaptación de la familia mientras que la actitud de rechazo de las diferencias conduciría a la inadaptación familiar por la negligencia en la resolución de las tareas específicas de la parentalidad adoptiva (Figura 2).

Sin embargo, la investigación al respecto ha resultado ser contradictoria. Por un lado, se encuentra que una comunicación abierta con respecto a los temas adoptivos (que implicaría una actitud de aceptación de las diferencias) es un predictor significativo de la adaptación de los adolescentes adoptados, especialmente en las áreas de autoestima y ajuste escolar (Stein y Hoopes, 1985). Por el contrario, Kaye, (1990) encontró que las familias que más distinguen entre la relación biológica y la adoptiva (que, según el modelo de Kirk tendrían también una mayor aceptación de las diferencias) muestran mayores problemas familiares y una autoestima más baja en sus hijos adolescentes.

Estas contradicciones promovieron una profundización en la teoría con el trabajo de Brodzinsky (1987) en el que, aceptando los presupuestos básicos de Kirk,

FIGURA 2: MODELO BIDIMENSIONAL DE MANEJO DE LAS DIFERENCIAS (KIRK, 1964)

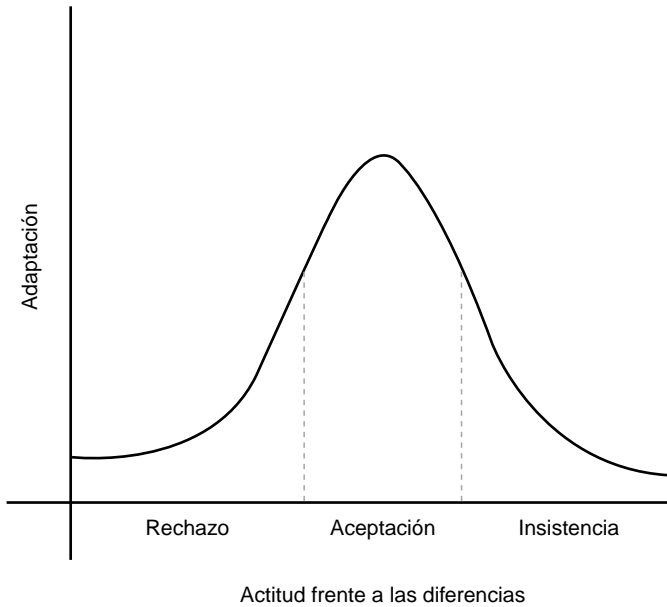


El eje de ordenadas refleja la actitud de la familia frente a las diferencias entre la paternidad biológica y la adoptiva mientras que el eje de abscisas representa el grado de adaptación adoptiva.

propone un modelo curvilíneo de manejo de las diferencias (Figura 3). De este modo, tanto el rechazo frontal a las diferencias como una actitud de excesiva insistencia en las mismas revelarían un manejo conflictivo de los retos y tareas específicas de la adopción mientras que, en un término medio entre ambas, la aceptación de las diferencias sería la actitud más adaptativa y que más favorecería la integración familiar.

Berástegui (2003b) encuentra en su estudio una relación curvilínea entre la disposición previa de los padres a solicitar apoyo postadoptivo y la adaptación adoptiva confirmando, en cierto modo, la validez de este modelo. Tanto los padres que no están dispuestos a recibir apoyo (mostrando una actitud de rechazo a las posibles dificultades adicionales en el proceso de adaptación) como aquellos que están dispuestos sin reservas (mostrando una insistencia en la particularidad de la adaptación adoptiva y no asumiendo su responsabilidad como padres en dicho proceso) muestran unas tasas de truncamiento y riesgo mayores que las de aquellos que estarían dispuestos a solicitar apoyo dependiendo de las circunstancias. Es decir, que los padres más eficaces son los que sintiéndose capaces con respecto a su tarea como padres tienen, al mismo tiempo, unas expectativas razonables con respecto

FIGURA 3: MODELO CURVILÍNEO DE MANEJO DE LAS DIFERENCIAS (BRODZINSKY, 1987)



El eje de ordenadas refleja la actitud de la familia frente a las diferencias entre la paternidad biológica y la adoptiva mientras que el eje de abscisas representa el grado de adaptación adoptiva.

a los posibles dificultades especiales en la adaptación del menor y la necesidad de pedir ayuda.

También parece que los adoptantes internacionales están menos preocupados, en general, en rechazar o insistir en la diferencia entre las familias biológicas y adoptivas y tienen sentimientos más positivos acerca de la adopción que los adoptantes nacionales (Levy-Shiff y cols., 1997).

Podemos criticar que la Teoría del Rol Social a pesar de mencionarlo teóricamente, no prestan atención al duelo del adoptado ni al modo en que este hace frente al estigma asociado a su condición de adoptado, no dependiendo esta cuestión sólo de la actitud los padres. Más adelante Brodzinsky (1990; 1993; 1994) emprendería este camino en un modelo de estrés y afrontamiento de la adaptación adoptiva.

Teoría sistémica

Los planteamientos sistémicos sobre el riesgo asociado a la adopción se derivan de los trabajos iniciados por Kirk (1964). En el centro de esta perspectiva está la creencia de que la adopción crea “una nueva red relacional que una para siempre las

dos familias [biológica y adoptiva] juntas a través del niño que es compartido por ambas" (Reitz y Watson, 1992; pg. 11).

La teoría sistémica ayuda a comprender la adopción en términos de adaptación mutua entre padres e hijos a lo largo del tiempo (Grotevant y McRoy, 1990) y estudia variables principalmente relacionadas con la resolución de los temas adoptivos y el desarrollo de relaciones familiares sanas (variables procedimentales y estructurales). Las variables de adaptación adoptiva más estudiadas desde la perspectiva sistémica han sido, según Brodzinsky, (1987):

- a) Las expectativas sobre cómo la adopción va a influir en el funcionamiento familiar.
- b) El tipo de comunicación acerca de la adopción.
- c) El manejo de la conexión dual del niño con dos familias.
- d) El afrontamiento emocional de temas como la lealtad, el secreto y las costumbres y rituales familiares.
- e) La habilidad de la familia para sostenerse entre los miembros frente a las pérdidas y duelos adoptivos.
- f) El éxito con el que la familia negocie la integración familiar en el contexto social y también la diferenciación de dicho contexto.

No ha generado mucha investigación (Ferra, Carballo, Guerra y cols., 1995) aunque sí un marco válido para la aproximación tanto clínica como teórica.

Teorías del estrés-afrontamiento

Son explicaciones de la adaptación adoptiva basadas en la teoría del estrés-afrontamiento y en los posteriores desarrollos de esta teoría en el campo de la psicología evolutiva o las relaciones familiares. En España han sido las más desarrolladas desde el campo de la investigación, bajo la denominación de teorías socioeducativas (Amorós, 1987) o sociocognitivas (Fernández, 2002).

La teoría del estrés-afrontamiento sugiere que cuando una persona ve una situación en su vida como significativa para sí mismo pero al mismo tiempo como potencialmente amenazante, estigmatizadora o que implica una pérdida, es probable que experimente un patrón de emociones negativas asociadas con el estrés (Lázarus, 1991; Lázarus y Folkman, 1984). El estrés será el resultado de la evaluación que hace el sujeto de la amenaza del entorno hacia su bienestar y la capacidad de sus recursos para minimizar o evitar dicha amenaza (Lázarus y Folkman, 1984). En este sentido, la evaluación que hace el sujeto entre las demandas y los recursos cobra un papel fundamental.

Una vez la situación es evaluada por el sujeto como estresante se consideran varias estrategias de afrontamiento (resolución del problema cognitiva o conduc-

tual; buscando apoyo o intentando evitar cognitiva o conductualmente el estresor) y una o más de ellas son activadas.

Es un aseveración comúnmente aceptada que la familia adoptiva, a menudo, encuentra más estresores durante sus transiciones vitales que otros tipos de sistema familiar (Barth y Berry, 1988; Berry y Barth, 1989, 1990; Brodzinsky, 1990, 1993; Groza, 1999; Groza y Ryan, 2002; Groze e Ileana, 1996; Judge, 1999; Mainemer y cols., 1998; McCarty y cols. 1999; McGlone y cols., 2002; Pinderhuges, 1996; Talen y Leer, 1984) y que a menudo estos niveles de estrés son clínicamente significativos (McCarty y cols., 1999; McGlone y cols., 2002).

Uno de los mayores problemas de la investigación que ha aplicado este esquema teórico a la adaptación adoptiva es que, a excepción del modelo de Brodzinsky (1990; 1993, 1994), la mayoría de los estudios se han centrado en detectar cuáles son las situaciones potencialmente estresantes que están más relacionadas con la inadaptación adoptiva y no tanto cuáles son los recursos más eficaces para su afrontamiento. Los trabajos más destacables al respecto son los desarrollos de Barth y Berry (1988; 1989) y los de Groze y Rosenthal (1994; 1996), ambos con respecto a las adopciones especiales y, por otro lado, el modelo de Brodzinsky (1990; 1993; 1994).

Barth y Berry (1988; 1989)

A partir de la teoría del aprendizaje social y de las terapias cognitivas estos autores tratan de localizar cuáles son las variables que resultan más amenazantes para los adoptantes, que más desbordan sus recursos de afrontamiento y, en definitiva, cuáles dificultan más la adaptación familiar, especialmente en la adopción de niños con necesidades especiales. Así, a través de estudios sobre la ruptura, identifican los siguientes factores estresantes para los padres:

- a) Expectativas inadecuadas sobre el niño o la adaptación.
- b) Falta de apoyo social.
- c) Paternidad instantánea.
- d) Nuevos roles.
- e) Costes económicos.
- f) Establecimiento del rol parental.
- g) Funcionamiento de las relaciones de pareja.

También consideran que hay determinadas conductas específicas que, de darse en el menor, suponen un mayor esfuerzo de adaptación para el sistema, especialmente durante la adolescencia. Estas conductas son la agresividad, la hiperactividad, las conductas antisociales y los problemas de creación de vínculo que dificultan una integración familiar satisfactoria.

Groze y Rosenthal (1991; 1994; 1996)

Basados en el modelo doble ABCX o modelo FAAR (“*The Family Adjustment and Adaptation Response*”; McCubbin y Patterson, 1983), Rosenthal y Groze analizan algunos aspectos de la dinámica familiar adoptiva, poniendo especial atención a los factores estresantes y a los recursos familiares de las familias adoptivas frente a las no adoptivas (Groze, 1996; Groze y Rosenthal, 1991; Rosenthal y Groze, 1994)

Estos autores distinguen, basados en el modelo, dos etapas diferenciales en la adaptación adoptiva de los niños con necesidades especiales, una primera etapa de “ajuste” o “luna de miel” en la que el niño está aún a la expectativa y no muestra conductas especialmente problemáticas o la familia no responde a las mismas con estrés y una segunda fase que se desencadena cuando la familia ya ha superado la transición inicial y tanto el niño como los padres empiezan a relacionarse sin la provisionalidad de los primeros momentos.

Los autores destacan aspectos especialmente implicados en el proceso de estrés y adaptación como pueden ser el nivel educativo de los padres, la historia previa de los niños, los problemas de conducta infantil, el desconocimiento del pasado del niño y la ausencia de apoyo social. Del mismo modo, identifica, en un estudio longitudinal de cuatro años, los principales estresores presentes en el proceso que provienen tanto del niño como de la familia y el entorno (Groze, 1996) y que más se relacionan con la inadaptación adoptiva:

- a) Problemas conductuales significativos.
- b) Retos de colocar a hermanos juntos o separados.
- c) Dificultades en el apego.
- d) Relaciones padres-hijos negativas.
- e) Falta de información sobre el pasado del niño.

Brodzinsky y cols. (1990; 1993; 1994)

En su modelo de estrés y afrontamiento de la adaptación adoptiva, Brodzinsky y cols. (1990; 1993; 1994) asumen el reto pendiente en la teoría del rol social de ahondar en el duelo del adoptado y su implicación en el ajuste adoptivo.

El presupuesto fundamental de esta teoría es que, así como existe un estigma asociado a la parentalidad adoptiva, la adopción también se encuentra inherentemente ligada a una variedad de experiencias de pérdida y estigmatización potencialmente estresantes para los niños. Estas son la pérdida de la familia biológica, la pérdida del estatus social, la pérdida de conexiones étnicas, raciales y genealógicas, la pérdida de sentimientos de estabilidad en la familia adoptiva y la pérdida de identidad (Brodzinsky, 1990).

Cuando el niño ve la adopción como estigmatizante, amenazadora o relacionada con la pérdida se desencadenan una serie de emociones asociadas con el estrés

(confusión, ansiedad, tristeza, vergüenza, ira) y pone en marcha determinadas estrategias para reducir estas emociones negativas.

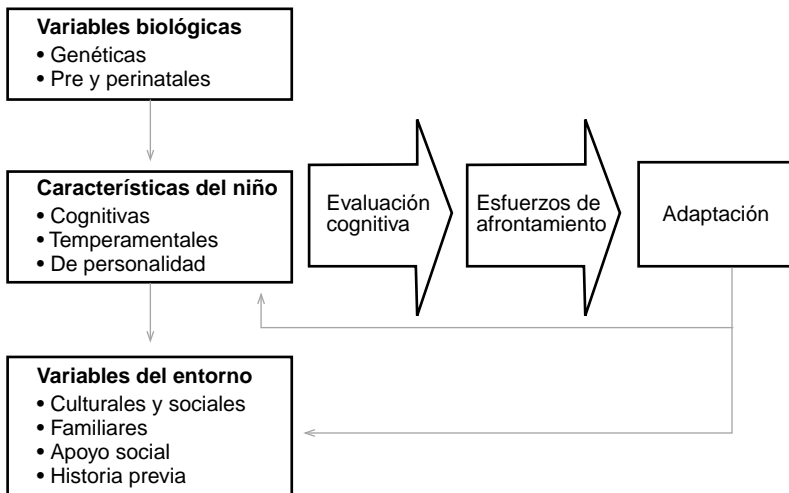
La adaptación del menor estará, finalmente, determinada por el modo en que éste perciba y entienda la experiencia adoptiva y el tipo de mecanismos de afrontamiento que utilice para manejar el estrés derivado de las cuestiones adoptivas.

Desde esta teoría se constata que el grado de estrés sentido por los niños es altamente variable al igual que el éxito que tengan para afrontarlo. Las estrategias enfocadas en el problema y la búsqueda de apoyo generalmente son más efectivas en el manejo del estrés que las estrategias evitativas.

Influyendo en este proceso de estrés-afrontamiento encontramos una serie de variables de los niños como son el nivel cognitivo, el temperamento, la autoestima, los sentimientos de capacidad y control y la seguridad en la relación con su familia adoptiva. También se reconoce el papel de la genética, las experiencias prenatales y reproductivas y distintas variables ambientales e interpersonales en el proceso de adaptación a la adopción como quedaría recogido en la Figura 4.

Este modelo ha generado un cuerpo de investigación empírica asociada que determina que en general los niños viven el ser adoptado como estresante, tienen sentimientos ambivalentes al respecto y sufren pensamientos intrusivos sobre la propia adopción a partir de los seis años, edad a la cual comienzan a comprender que ser adoptado también significa haber sido abandonado (Smith y Brodzinsky, 1994). Por lo general esta ambivalencia se vive más durante la adolescencia (niños de 14 a 17

FIGURA 4: MODELO DE ESTRÉS-AFRONTAMIENTO DE LA ADAPTACIÓN ADOPTIVA (BRODZINSKY, 1990, 1993; 1994)



Traducido y adaptado de Brodzinsky (1993)

años) que en la preadolescencia (10 a 13 años) y que los pensamientos intrusivos con respecto a la propia adopción son más frecuentes durante la etapa escolar (6 a 9 años).

Aunque el esquema teórico anteriormente descrito no considera el papel de la familia más que de modo genérico, en la investigación este papel queda operativizado en términos de apertura de la comunicación sobre la adopción y aceptación de las diferencias en los padres adoptantes.

3.3. VARIABLES Y TEORÍAS CENTRADAS EN EL PROCESO DE ADOPCIÓN

Un tercer bloque de investigaciones ha tratado de evaluar la incidencia de los distintos servicios y prácticas adoptivas con la posterior adaptación (Barth y Miller, 2000; Kramer y Houston, 1998; McDonald y cols., 1991), pero los estudios empíricos son muy escasos en comparación con el incesante desarrollo de técnicas y programas de apoyo pre y postadoptivo basados, con demasiada frecuencia, en la mera intuición de los profesionales (Barth y Miller, 2000; Festinger, 2002).

La mayor limitación a la hora de sacar conclusiones para la práctica de la adopción internacional en España a partir de la investigación precedente, parte de las diferencias administrativas y legales en los procedimientos de adopción de los distintos países (Berástegui, 2003b). La mayor parte de la investigación sobre la eficacia de los servicios adoptivos se centra en las adopciones especiales estadounidenses, lo que hace que sus resultados sean difícilmente transferibles a la adopción internacional en España. Como ejemplo, dos de las variables que han sido relacionadas más frecuentemente con el éxito de la adopción en estos estudios son la adopción por parte de padres acogedores ("*foster parent adoption*": Barth y cols., 1988; Berry y Barth, 1990; Festinger, 1986; Rosenthal y cols., 1988) y la adopción en la que se mantiene la comunicación y el contacto con la familia biológica ("*open adoption*": Berry, 1991; Boyne y cols., 1984; Brodzinsky y cols., 1998; Festinger, 1986; Grotevant y cols., 1988, 1999). Estos dos tipos de adopción son prácticamente impensables en la adopción internacional en España en la que se suprimen los periodos preadoptivos para la mayoría de las adopciones por requerimientos del Convenio de La Haya y se rompe todo vínculo con la familia biológica toda vez que la única adopción reconocible en España es la adopción plena.

Aún así, hay variables sobre las que sí podemos establecer ciertas consonancias entre los distintos contextos de referencia, tanto en el periodo preadoptivo como durante y tras la adopción.

3.3.1. VARIABLES DEL PERIODO PREADOPTIVO

Como se ha detallado en el capítulo primero, el periodo preadoptivo en el país de acogida del menor incluye tanto la formación de los padres como su valoración

y selección en base a sus características, habilidades y expectativas para la adopción. También en el país de origen, la preparación del menor para ser adoptado se ha contemplado como variable de los servicios.

Parece que una formación adecuada de los solicitantes de adopción es un factor muy relevante para la posterior adaptación, de manera que las familias poco preparadas tienen mayor riesgo de inadaptación, aunque adopten niños de bajo riesgo, que familias bien preparadas que adoptan niños de alto riesgo (Barth y cols., 1988). También parece que participar en grupos preadoptivos en los que los futuros adoptantes comparten sus experiencias es un factor de formación importante y reduce significativamente el riesgo de inadaptación (Feigelman y Silverman, 1983).

En la valoración psicosocial, los estudios advierten de la dificultad que encuentran los profesionales para prever el riesgo de inadaptación en base a las entrevistas psicosociales. Festinger (1986; 1990) encuentra que en un 60% de las adopciones rotas de su muestra, los trabajadores no habían detectado ningún riesgo de manera previa a la adopción pero de este dato se deriva que un 40% de las familias habían llegado a adoptar a pesar de que los trabajadores hubieran detectado ciertos riesgos. En este sentido, Berástegui (2003b) encontró un aumento significativo del riesgo en aquellas familias que habían sido consideradas “no-idóneas” por alguno de los profesionales que las valoraron y que, tras ser revisados los expedientes, se les había concedido la idoneidad.

Con respecto a la preparación del niño, algunos estudios consideran que los menores que habían sido preparados para la adopción —a través de sesiones de grupo con su cuidador habitual o de acompañamiento— se adaptaban mejor a su nueva familia (McDonald y cols., 1991; Partridge y cols., 1986) aunque otros autores no encuentran dicha relación (Boneh, 1979; Schmidt y cols., 1986).

3.3.2. VARIABLES DEL PERIODO ADOPTIVO

El periodo adoptivo se extiende en adopción internacional desde que los padres reciben la asignación hasta el inicio de la convivencia entre padres e hijo.

Berástegui (2003b) destaca en su estudio la poca información que tienen tanto los padres como los profesionales sobre la historia médica, psicológica y social de los niños en adopción internacional. Este dato es especialmente importante habida cuenta de que las lagunas en la información sobre el pasado del menor son la variable de los servicios que se ha relacionado con más fuerza y consistencia con el estrés de la familia y la ruptura de la adopción (Barth y cols., 1988; Brooks, Allen y Barth, 2000; Nelson, 1985; Rosenthal, 1993; Schmidt y cols., 1988).

Además de la falta de información, la falta de transparencia durante el proceso y la sensación de la familia de estar siendo engañada también es un factor de riesgo que aparece con una frecuencia más alta de lo esperable en los discursos de los adoptantes internacionales debido, en ocasiones, a la diferencia entre la edad

solicitada y la edad del menor (Berástegui, 2003b) y a la motivación de lucro de las entidades relacionadas con el proceso (Albers y cols., 1997).

3.3.3. VARIABLES DEL PERIODO POSTADOPTIVO

La discontinuidad en los profesionales que apoyan a la familia durante todo el proceso de adopción parece aumentar en gran medida el riesgo de inadaptación (Festinger, 1986; McDonald y cols., 1991; Partridge y cols., 1986; Rosenthal y cols., 1988; Ward, 1997). Berástegui (2003b) destaca que la dispersión de los profesionales es muy alta en adopción internacional; en la mayoría de los casos los profesionales que forman, los que hacen la valoración psicosocial, los que acompañan a la familia en la tramitación del expediente y los que realizan el seguimiento postadoptivo son diferentes lo que dificulta enormemente la capacidad de estos últimos de detectar los problemas de adaptación y trabajarlos adecuadamente. En este sentido los problemas no aparecen en los documentos de seguimiento postadoptivo hasta que la situación familiar es insostenible y la ruptura inminente (Berástegui, 2003b; Festinger, 1986). Esto hace que ambas autoras apunten a una cierta tendencia de los profesionales a ignorar las señales de riesgo, sobrevalorar a las familias y exagerar sus deseos y habilidades de afrontamiento en lugar de ofrecerles los recursos necesarios para superar las dificultades.

En los estudios que evalúan las necesidades de las familias, se encuentra que los recursos que más demandan son grupos de apoyo de padres, servicios de grupo para niños mayores, contacto informal con otras familias similares, ayudas económicas para afrontar las necesidades especiales de los niños y servicios de respiro familiar (Erich y Leung, 1998; Groze, 1996; Rosenthal y Groze, 1990).

La participación en grupos de apoyo para padres no es sólo una demanda habitual sino que ha sido valorada por diversos estudios como altamente satisfactoria y eficaz en la reducción del riesgo en adopción (Barth, 1995; Howard y Smith, 1995; Feigelman y Silverman, 1983; Rosenthal y Groze, 1991).

Por el contrario, no se han encontrado resultados tan prometedores con respecto a los servicios de apoyo postadoptivo destinados a prevenir y reducir los casos de ruptura. Generalmente se ha relacionado el uso de servicios postadoptivos con la ruptura (Festinger, 1986; Partridge y cols., 1986; Rosenthal y cols., 1988) aunque estos datos reflejan más la búsqueda de apoyos de las familias en riesgo que una relación directa entre intervención terapéutica y ruptura.

Barth y Miller (2000) clasifican los servicios adoptivos en tres grupos (terapias del apego, servicios basados en el modelo del aprendizaje social y terapia familiar sistémica) y analizan la efectividad de los tres tipos de servicios en la prevención de la ruptura. Las terapias del apego, basadas en las tesis psicoanalíticas y de la teoría de las relaciones objetales cuentan con muy pocos datos sobre su efectividad y los disponibles no son demasiado prometedores. Los autores critican el enfoque

de estas terapias porque centran la intervención en el pasado del menor en una época, la adolescencia, donde la familia adoptiva debería asumir el reto de afrontar la progresiva independencia y diferenciación del menor. Por otro lado, los programas intensivos de protección de la familia (“*Intensive family preservation services*”) sí que han sido evaluados de un modo sistemático, y estos parecen no ajustarse demasiado bien, por lo general, a las necesidades de la familia (Barth, 1995; Howard y Smith, 1995), con excepción de los grupos de autoayuda para padres que, en ocasiones, integran dentro del servicio y que son altamente valorados por los mismos. En tercer lugar, los autores valoran que los servicios basados en la Teoría de los Sistemas Familiares son los que más se ajustan a las necesidades del bloque familiar, por su flexibilidad para cambiar en función de las características individuales, de la etapa evolutiva por la que esté pasando la familia y del contexto social (Howard y Smith, 1995; Prew, Suter y Carrington, 1990). Aún así, critica la dificultad para generar desde este modelo intervenciones que abarquen el funcionamiento del menor fuera de la familia —tanto en la escuela como frente al entorno social a la comunidad— que suele ser una fuente de problemas y estrés para la familia.

En cualquier caso, el desarrollo de programas adecuados a las necesidades de la familia dependerá de la capacidad de los investigadores para detectar los principales focos de problemas y las dinámicas que subyacen al surgimiento de los mismos, tarea inconclusa hasta la fecha.

CAPÍTULO 4

NUESTRO MODELO DE ADAPTACIÓN INICIAL DE LA FAMILIA A LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL

4.1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN DE NUESTRO MODELO

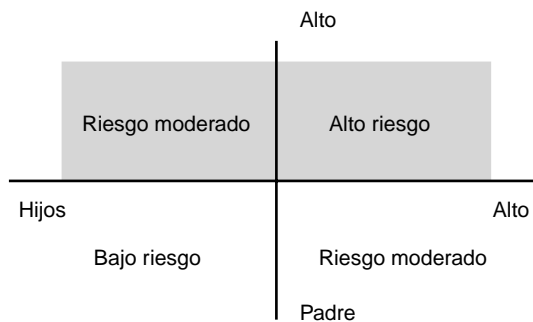
La enorme variabilidad de la experiencia adoptiva expuesta en el capítulo anterior implica que la adjetivación de una familia como adoptiva, tan sólo informa de la procedencia legal del lazo entre padres e hijos y quizás de la mayor presencia de determinados riesgos o vulnerabilidades, pero no de la dinámica interna de la familia ni de su respuesta concreta al reto de la adopción (Palacios, 1998). Podríamos afirmar que *“lo importante de una familia es su función y no su estructura”* (del Barrio, 1998, p.40) de manera que cualquier estructura puede garantizar una buena crianza siempre que cumpla con las funciones de asegurar el crecimiento, el desarrollo, el bienestar y la integración social de sus miembros.

Durante demasiado tiempo la perspectiva del estudio de la adopción ha sido patológica o centrada en el déficit, perspectiva que ha resultado inadecuada tanto para la investigación como para la práctica profesional (Bartholet, 1993; Borders y cols., 1998; Miall, 1996). Ya se ha observado con anterioridad que la adopción es un recurso muy positivo para los niños cuando lo comparamos con la institucionalización o con la permanencia en contextos familiares negligentes y que, ante un riesgo comparable en los menores, podemos encontrar familias que desarrollan los cambios necesarios para la adaptación del sistema a su nueva función. Otras familias, por el contrario, emprenden soluciones disfuncionales que aumentan el grado de estrés y no logran superar el reto de la adaptación (Berástegui, 2003b).

En este sentido, Jesús Palacios propone un esquema gráfico (Figura 5) en el que el riesgo de inadaptación en adopción se modula en función del riesgo que proviene de los hijos y del riesgo que proviene del sistema familiar, especialmente de los padres (Palacios, 1998). En la misma línea, Groza y Ryan (2002) encuentran que el predictor más significativo de problemas de conducta para los menores es el resultado de la combinación entre una historia preadoptiva de abuso o institucionalización y una relación padres-hijo conflictiva o poco satisfactoria. Cohen y cols. (1993) concluyen por su parte que los riesgos provenientes de la historia previa no son los mejores predictores de los problemas de conducta de los niños cuando incluimos variables familiares en los análisis y McGuinness y Pallanch (2000) consideran que “*al definir el riesgo asociado con cualquier niño específico, las características del menor deben considerarse en relación con la habilidad del entorno para regular el desarrollo de ese niño hacia la socialización*”¹² (pag. 458).

Así, para minimizar el riesgo de inadaptación en la adopción se podría, o bien minimizar el riesgo procedente de los menores bloqueando la adopción a los menores con historias previas más desfavorecedoras o características especiales de riesgo, o bien asumir el riesgo procedente de las características especiales del menor minimizando el riesgo procedente de los padres, opción más acorde con el respeto al superior interés del niño en adopción.¹³

FIGURA 5: RIESGO DE INADAPTACIÓN EN ADOPCIÓN



Palacios (1998)

¹² Traducción de la autora.

¹³ La mejor de las alternativas teniendo en cuenta el interés del niño sería intervenir en el entorno previo del menor para minimizar los factores de riesgo, esfuerzo de cooperación internacional que debería ser emprendido independientemente de las cuestiones adoptivas. Este esfuerzo de mejorar las condiciones de la infancia conduciría, en muchos casos, a que la adopción internacional dejara de ser un recurso necesario para los menores.

Pero la investigación no se limita al intento de minimizar o anular el riesgo procedente de la familia sino que está comenzando a entenderla como una herramienta de protección. Un entorno familiar de apoyo y capaz de regular su conducta favorece el desarrollo de un comportamiento adaptativo en los niños por lo que podría mitigar la influencia temprana de los riesgos asociados a la adopción (Bartholet, 1993; Borders y cols., 1998; Brodzinsky, 1987; Grotevant y cols., 1988; Kirk, 1964; Masten y Coatsworth, 1998; McGuinness, 1999; McGuinness y Pallansch, 2000; Miall, 1996; Palacios y Sánchez, 1996).

Será, pues, fundamental comprender los factores dependientes de la familia que favorezcan esta adaptación para lo que resulta imprescindible descubrir qué propiedades, conductas y capacidades familiares entran en juego no sólo en minimizar el impacto de la transición a la parentalidad en la vida de la familia adoptiva y los riesgos asociados, sino en la elaboración de respuestas que puedan corregir el efecto de las condiciones adversas en las que ha vivido el menor. Sólo entendiendo este proceso podremos desarrollar programas para promover estos factores en casos que hayan sido detectados como “de riesgo” (Benson y cols., 1994).

En este capítulo se propone un modelo de adaptación inicial de la familia a la adopción internacional basado en las teorías del estrés-afrontamiento aplicadas a las relaciones familiares y paterno-filiales. Este modelo se centra en las variables familiares lo que no supone ignorar el riesgo previo con el que llegan los menores, sino focalizar la atención en la etapa post-adoptiva en la que tanto las propias familias como los profesionales del país acogedor del menor pueden intervenir de manera directa. De hecho, el modelo sitúa la adaptación familiar inicial como mediadora entre el riesgo previo del menor y su adaptación psicosocial posterior al establecimiento de la convivencia adoptiva.

Como se ha adelantado en el capítulo anterior, cada vez son más numerosos los estudios que consideran que el proceso de adopción y de adaptación familiar a la misma se puede entender como un proceso de estrés y afrontamiento (Barth y cols., 1988; Berry y Barth, 1989, 1990; Brodzinsky, 1990; 1993; Groza, 1999; Groza y Ryan, 2002; Groze, 1996; Groze e Ileana, 1996; Groze y Rosenthal, 1991; Judge, 1999; Levy-Shiff y cols., 1997; Mainemer y cols., 1998; McCarty y cols. 1999; McGlone, Santos, Kazama, Fong y Mueller, 2002; Pinderhuges, 1996; Rosenthal y Groze, 1994; Talen y Leer, 1984). En este sentido, una de las líneas más prometedoras de la investigación ha puesto su foco de atención en la importancia de las demandas, la percepción familiar de las mismas y los recursos de afrontamiento puestas en marcha por el sistema, basándose en los modelos desarrollados por McCubbin y Patterson (1983), especialmente en el modelo doble ABCX de adaptación familiar (Glidden, 2000; Groze, 1996; Groze y Rosenthal, 1991; Rosenthal y Groze, 1994).

Otro grupo de investigadores ha considerado la importancia, no tanto de la familia en su conjunto, sino de la interacción padres-hijos, especialmente de la

importancia del estrés parental en la explicación de su conducta y en ésta como predictora de la adaptación de los hijos, basándose esta vez en los modelos de estrés parental desarrollados por Richard Abidin (1992) (McCarty y cols., 1999; McGlone y cols., 2002; Levy-Shiff y cols., 1997; Lightburn y Smith, 1996; Mainemer y cols., 1998).

4.1.1. MODELO DOBLE ABCX DE ADAPTACIÓN FAMILIAR

A partir de los estudios de Lázarus y Folkman (1984) sobre la psicobiología del estrés en su vertiente individual, se comenzaron a desarrollar modelos paralelos para comprender los mecanismos implicados en la respuesta de las familias a los eventos estresantes (Hill, 1949). Estos modelos se han concentrado, desde los inicios de esta perspectiva de la investigación en familia, en tres fenómenos básicos: los sucesos estresantes y sus dificultades asociadas, las consecuencias del estrés en la vida de la familia (crisis y adaptación) y los factores cognitivos y conductuales que intervienen entre ambos (Hill, 1949; Lavee, McCubbin y Patterson, 1985).

Las diferentes propuestas teóricas aspiran a descubrir por qué algunas familias son más resistentes que otras frente a los mismos estresores y cuáles son las características o capacidades que les hacen más fuertes frente a la adversidad. En este sentido una de las principales características del doble ABCX es que pretende explicar, no tanto la enfermedad, como los factores que inciden en que las familias respondan adaptativamente a las demandas de cambio que surgen tanto del interior de la familia como del medio ambiente (Ruano y Serra, 2001).

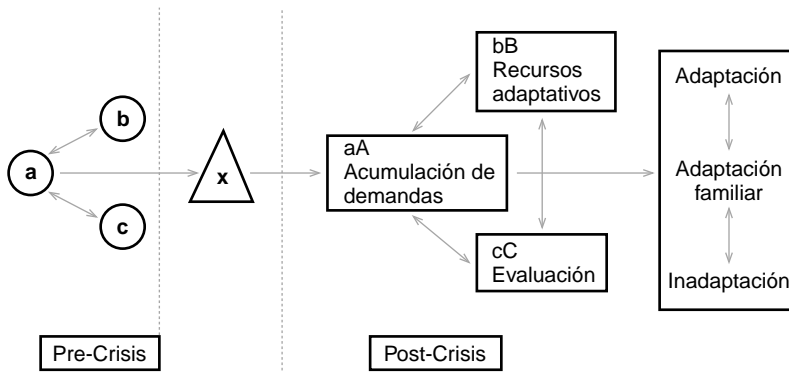
Concretamente, el modelo doble ABCX (McCubbin y Patterson, 1985) se basa en tres factores fundamentales: la acumulación de demandas, la percepción de la situación y los recursos familiares (Figura 6).

Este modelo se distingue de los previamente diseñados por los autores en que consideran dos etapas, la etapa pre-crisis o “fase de ajuste” en el que la familia sólo pone en marcha respuestas puntuales frente a un estresor específico y que determina la irrupción o no de la crisis en la familia y la etapa post-crisis o de adaptación en la que la familia debe realizar cambios estructurales que garanticen el equilibrio del sistema (Lavee y cols., 1985).

EL FACTOR AA: LA ACUMULACIÓN DE DEMANDAS

Tradicionalmente se había estudiado el efecto aislado de un estresor específico y puntual en la vida de las familias (p.ej.: enfermedad de un hijo) El modelo doble ABCX propone que las familias no son afectadas por sucesos críticos aislados, como podría ser la adopción en sí, sino que en toda situación de crisis se dará cierta combinación de estresores relacionados con las tensiones familiares previas, los cambios de rol exigidos, los eventos normativos y los no normativos, etc., (p.ej.: la enfer-

FIGURA 6: MODELO DOBLE ABCX (McCUBBIN Y PATTERSON, 1985)



Traducido y adaptado de Lavee y cols. (1985). La figura sitúa una línea imaginaria de tiempo de izquierda a derecha colocando las distintas variables en un proceso. a=estresor; b=recursos disponibles; c=percepción de a y x=crisis.

medad de un hijo en una situación de crisis económica para la familia y durante el periodo de transición a la parentalidad)

Esta acumulación de demandas incluye el efecto del estresor concreto que precipita la crisis, sumado y las dificultades adicionales previas y posteriores a la aparición de este que confluyen en la configuración de la crisis y el proceso de adaptación.

EL FACTOR bB: LOS RECURSOS DE ADAPTACIÓN FAMILIARES

Se refiere tanto a los recursos pre-existentes a la crisis como a los que la familia desarrolla a raíz de esta. Este factor media entre la acumulación de demandas y la adaptación familiar en dos sentidos fundamentales: reduciendo el impacto de las demandas familiares y del estrés y promoviendo los cambios en el funcionamiento cotidiano de la familia requeridos por la situación crítica. Se consideran recursos familiares los recursos personales de cada uno de los miembros de la familia (capacidades, actitudes, estrategias de afrontamiento), los recursos de la familia como sistema (los más estudiados han sido la cohesión y la adaptabilidad) y los recursos proporcionados por el entorno de la familia (apoyo social, tanto formal como informal).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, estas se pueden dividir en estrategias cognitivas o conductuales y en estrategias evitativas o de resolución de problemas. Aunque se considera que las estrategias son funcionales o disfuncionales en relación con el estresor, la sobrerrepresentación de estrategias evitativas espe-

cialmente en relación a los estresores controlables está a menudo ligada al aumento de problemas de ajuste (Lavee y cols., 1985).

EL FACTOR cC: PERCEPCIÓN Y COHERENCIA

Este factor general se refiere a la orientación de la familia frente las circunstancias de la crisis y el sentido que le da a la misma. El factor cC será el resultado del balance que la familia haga del volumen y la severidad de los estresores frente a los recursos disponibles para afrontar la crisis en términos de control (“*manageability*”), comprensión (“*comprehensibility*”) y sentido (“*meaningfulness*”)¹⁴ (McCubbin, Thompson y Former, 1998). El constructo control designaría el grado en que la familia cree que tiene capacidades para afrontar y manejar el estresor; por comprensión se entiende el grado en el que la familia considera que es comprensible o esperable que se presente el estresor y por sentido se refiere a hasta qué punto la familia piensa que merece la pena o que tiene sentido hacer frente al estresor.

Estas tres dimensiones de la percepción del evento estresante no vienen determinadas sólo por las características de la demanda o por los recursos del sujeto o del sistema, sino también por la actitud de fondo más o menos estable que tiene la familia acerca de su historia, de sí misma y de su entorno. En este sentido, los autores se apoyan en el constructo de la coherencia (“*coherence*”) para designar esta tendencia o actitud y así explicar por qué algunas familias se viven desbordadas y otras reaccionan con optimismo frente a los mismos estresores y con iguales recursos.

Algunos autores, desde los resultados de las investigaciones y la congruencia teórica con el modelo inicial, han propuesto considerar la evaluación como variable mediadora entre el estrés y los recursos puestos en marcha por la familia, redefiniendo el modelo ABCX en un modelo ACBX (Lavee, McCubbin y Pashley, 1998; Orr, Cameron y Day, 1991).

EL FACTOR xX: LA ADAPTACIÓN

La variable se sitúa en un continuo entre la inadaptación y la adaptación. La inadaptación (el polo negativo del continuo) se define como un desequilibrio crónico entre las demandas familiares y sus capacidades para hacer frente a dichas demandas. Se caracteriza por el deterioro de la integridad familiar y de la sensación de bienestar de los miembros de la familia (incluyendo su salud física y psíquica). La adaptación se definiría de manera opuesta: la familia ha encontrado el

¹⁴ Los términos han sido traducidos por la autora. El término expresado entre paréntesis es el utilizado por McCubbin y cols (1998).

equilibrio entre las demandas asociadas a la crisis y las capacidades familiares en su funcionamiento cotidiano. Por lo tanto, decir que la familia se ha adaptado no significa que no se haya producido dificultad, desorganización o cambio en el sistema sino que esta ha vuelto al nivel operativo de rutina. El resultado sería el mantenimiento de la integridad familiar y del bienestar de sus miembros.

4.1.2. MODELO DE ESTRÉS PARENTAL

Mientras que el modelo doble ABCX se centra en la dinámica familiar en su conjunto, la línea de investigación abierta por Richard Abidin (1982, 1986; 1990; 1992) trata de explicar específicamente la conducta parental y, consecuentemente, la capacidad de los padres de regular la conducta de sus hijos y el ajuste de estos, inspirándose en las teorías de Lázarus y Folkman (1984) sobre el estrés-afrentamiento.

Los autores consideran que la tarea de ser padres es altamente compleja y se desarrolla a menudo en situaciones estresantes y demandantes y con recursos personales limitados. Sin embargo, las demandas de la situación no son capaces de explicar, por sí solas, una conducta parental disfuncional sino que esta se desarrolla en función de una compleja interacción entre variables estresantes relativas a los padres, al menor y a la situación (Abidin, 1990).

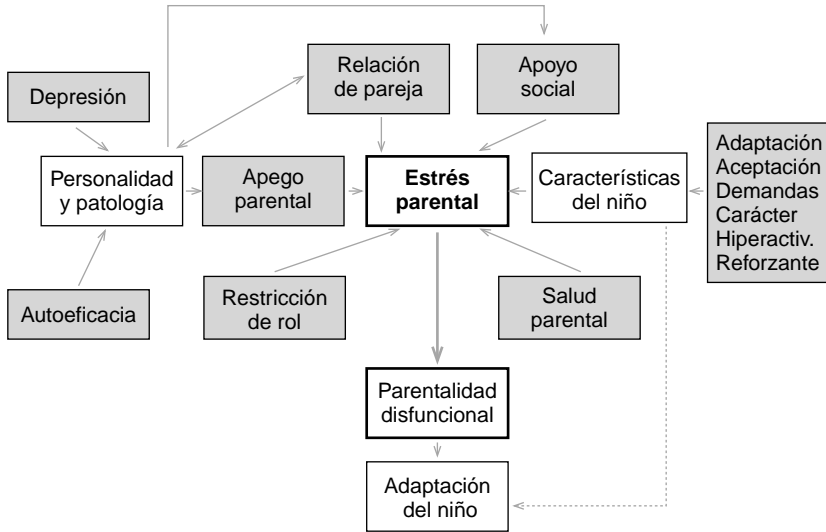
El modelo inicial fue diseñado por Abidin y Burke (1978) para guiar la construcción del “Índice de estrés parental” (Parental Stress Index, PSI). En él se hipotetiza que, junto con los eventos vitales estresantes, el grado de estrés parental está determinado por variables que se dan o bien en la esfera de los padres o bien en la de los hijos:

- a) Entre las variables que influyen en el estrés dentro de la esfera de los padres se contempla el nivel de depresión, la vinculación con el menor, la restricción de rol, el sentimiento de eficacia y capacidad, el apoyo social, la relación de pareja y la salud.
- b) Entre las variables que influyen en el estrés dentro de la esfera de los hijos se contempla su capacidad de adaptación, el grado en el que cumple las expectativas de los padres, el grado en el que refuerza a los padres, el grado de demandas que plantea, su carácter y su hiperactividad o incapacidad para atender.

En la Figura 7 se puede observar la estructura de relaciones planteada en este modelo inicial que es deficiente, según el propio Abidin (1990a), en cuanto que asume que todos los factores tienen un efecto directo e igual relevancia en la determinación del estrés y no se consideran la interacción entre las variables.

En las posteriores revisiones del modelo se contempla una estructura trifactorial para el PSI, de manera que algunas de las variables enunciadas corresponde-

FIGURA 7: MODELO INICIAL DE ESTRÉS PARENTAL



Traducido y adaptado de Abidin (1990b). Los factores marcados en gris son subescalas del "Parenting Stress Index". Las variables y relaciones marcadas con líneas de puntos han sido incluidas en el gráfico a partir de la teoría propuesta por el autor (Abidin, 1990b).

rían a características de los padres (depresión, restricción de rol, apoyo social, relación de pareja y salud), otras a las características propias de los niños (capacidad de adaptación, carácter e hiperactividad) y un tercer grupo de fuentes de estrés no provendrían ni de las características de unos ni de otros sino de la interacción entre padres e hijos (apego; grado de reforzamiento de los padres, confirmación de expectativas parentales y sentimiento de competencia parental) (Abidin, 1990 a; Solis y Abidin, 1991).

Este instrumento ha sido aplicado con cierta frecuencia en los estudios sobre adopción en los que se muestra que los padres adoptivos mostraban puntuaciones medias clínicamente significativas de estrés en el PSI. Al menos la mitad de los padres del estudio de McCarty y cols. (1999) sobre la adopción de niños expuestos prenatalmente al alcohol o las drogas, presentaron niveles de estrés clínicamente significativos en las subescalas relativas al carácter del niño, sus demandas, su incapacidad de adaptarse, su hiperactividad y la frustración de las expectativas parentales. Por su parte los adoptantes de niños con necesidades especiales estudiados por McGlone y cols. (2002) tenían un nivel de estrés situado generalmente por encima del percentil 98 en la muestra normativa, siendo sus puntuaciones más bajas con respecto a las características de los padres y más altas en las interacciones dis-

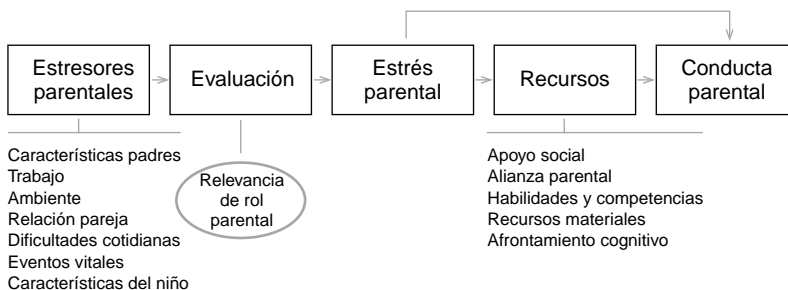
funcionales padres/hijos y en las características de los niños, de manera que el 40% alcanzó rangos clínicos en estos dos últimos factores.

En posteriores revisiones del modelo inicial se comienza a destacar la importancia de las variables de personalidad de los padres y, muy especialmente su percepción y cogniciones, en relación con el grado de estrés finalmente experimentado por los padres (Abidin, 1990, 1992; Mash y Johnston, 1990). Abidin (1992) describe una nueva variable que reconfigura el modelo inicialmente planteado: la relevancia, compromiso o implicación con el rol parental (“*relevance or commitment to parental role*”). Esta variable se define como el conjunto de creencias y expectativas que sirven como mediadoras o moderadoras entre los estresores que se presentan a los padres —procedentes de sus propias características, de los niños y del entorno— y el estrés parental experimentado. Se considera que cada progenitor tiene un modelo interno de sí mismo como padre o madre y que incluye tanto lo que uno espera de sí mismo como lo que espera de los niños y del entorno en el cumplimiento de su rol. Este modelo interno ayuda a evaluar el grado de beneficio o pérdida que aporta su papel de padres en el contexto de estresores dado y el resultado de esta evaluación es el que produce el grado de estrés experimentado.

La inclusión de esta variable obliga al autor a reconsiderar las relaciones de todo el modelo al tiempo que incluye variables nuevas que se habían destacado como relevantes en los estudios sobre parentalidad, tal y como queda definido en la Figura 8.

Esta corriente de investigación teórica ha investigado la influencia del estrés parental en la conducta de los menores y su adaptación psicosocial de manera que el estrés de la familia es predictivo del total de problemas, los problemas de conducta, la conducta agresiva, los problemas de atención y los problemas de ansiedad a largo plazo (Abidin, Jenkins y McGaughey, 1992b) relación que también se ha encontrado en adopción internacional (Mainemer y cols., 1998).

FIGURA 8: DETERMINANTES DE LA CONDUCTA PARENTAL



Traducido y adaptado de Abidin (1992).

Otros investigadores han tratado de valorar el grado en el que el estrés afecta al desarrollo de patrones disfuncionales de conducta parental. En este sentido, Webster-Stratton (1990) propone que, aunque los estresores que afectan a la familia pueden afectar también al menor y, por lo tanto, tener un efecto directo sobre la conducta del niño, el mayor impacto del estrés sobre la conducta del menor se produce a través de la calidad y funcionalidad de las interacciones de los padres con sus hijos, es decir, de la conducta parental. De esta manera las conductas irritables, críticas, abusivas, coercitivas o rechazantes en los padres conducirán a unos mayores problemas de conducta en sus hijos. Por ello, la explicación del proceso por el cual una cierta acumulación de estresores deriva en la incapacidad de los padres para tener una conducta parental competente cobra una relevancia fundamental. Para ello, la autora propone que la relación entre estrés y conducta parental disfuncional estará mediada por el bienestar psicológico de los padres y el apoyo tanto familiar como social que perciban.

4.2. SUPUESTOS ASUMIDOS EN NUESTRO MODELO DE ADAPTACIÓN INICIAL A LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL Y CARACTERÍSTICAS DEL MISMO

El supuesto fundamental de nuestro modelo es que la adaptación de los menores adoptados internacionalmente dependerá de una compleja interacción entre las características del niño, las características de la familia y su interacción en un contexto dado teniendo en cuenta que:

1. Las familias adoptivas tienen que afrontar la mayoría de los estresores de las biológicas así como algunos estresores específicos que provienen de la propia familia, del proceso de adopción, de las características del menor y del contexto en el que se integra la familia.
2. Una parte muy relevante de estos estresores proviene del riesgo previo del menor derivado de su biología y, muy especialmente, de las difíciles condiciones en las que la mayoría de los menores adoptables han pasado determinadas etapas de su desarrollo.
3. Los mecanismos que entran en juego en la adaptación de las familias biológicas y adoptivas frente al estrés son básicamente los mismos (Palacios, 1998).
4. La adaptación familiar, entendida como equilibrio entre las demandas de la situación y los recursos puestos en marcha por la familia, especialmente por los padres, influyen determinadamente en la conducta y la adaptación psicosocial de los niños (Abidin, 1992).
5. El contexto en el que se da el proceso de adaptación influirá en la determinación de los distintos factores del proceso.

6. Este proceso se produce a lo largo de toda la vida familiar realimentándose constantemente de manera que el proceso de afrontamiento familiar afectará a la misma y al adoptado en todas las etapas de la vida (Brodzinsky, 1987).

Las características fundamentales del modelo son: que está centrado en la dinámica familiar, que pretende entender la adaptación de niños adoptados después de su primera infancia, que se dirige al proceso de adaptación inicial aunque entiende que la adaptación adoptiva es un proceso que tendrá otras etapas y tareas que resolver, que está centrado en el funcionamiento de las familias exitosas y, por último, que pone su foco en la adopción internacional.

- a) *Centrado en la dinámica familiar*: La investigación ha destacado cómo las variables familiares son más predictivas del ajuste de los menores en adoptados que en no adoptados porque tienen que afrontar situaciones más estresantes y necesitarán más apoyo para afrontar el estrés (Levy-Shiff, 2001). Si se pretende considerar a la familia como un factor de protección frente al riesgo previo de los menores habrá que profundizar en la dinámica familiar y en cómo esas variables, de la estructura familiar, del menor y del contexto interactúan en la tendencia de la familia a ser un riesgo añadido en el desarrollo del menor o, por el contrario, su mayor oportunidad de tener un desarrollo sano.
- b) *Dirigido al proceso de adaptación de niños mayores*: Optamos por estudiar a los menores adoptados a partir de la etapa preescolar y no en su primera infancia porque será en este periodo donde quede reflejado con mayor nitidez el posible efecto de las variables familiares como moderadoras del riesgo previo de los menores en la adaptación de estos a la situación adoptiva ya que se ha encontrado que el proceso de adaptación de los adoptados con más de tres años es más largo y complejo que el de los adoptados siendo más jóvenes (Groze e Ileana, 1996).
- c) *Procesual*: A pesar de que el modelo de adaptación a la adopción que presentamos responde a la adaptación inicial de la familia a la situación adoptiva, el mismo paradigma —modificando algunas de las fuentes de estrés— podría explicar la crisis de transición a la adolescencia, que ocupa un lugar central entre las preocupaciones de los investigadores (Grotevant y McRoy, 1999; Hoksbergen, 1997b) u otras crisis evolutivas a lo largo del ciclo de vida de la familia adoptiva que han sido descritas con anterioridad (Brodzinsky y cols., 1995; Deacon, 1997; Hajal y Rosenberg, 1991). La elección de la transición a la parentalidad adoptiva como punto de partida para la adopción se debe a que, en España, la adopción internacional es aún reciente por lo que clarificar los procesos que intervienen en los primeros momentos es un paso fundamental antes de comenzar a estudiar otras etapas de la vida familiar. Además, son muchos los autores que consideran que, para muchas familias, los mayores problemas de adaptación se concentran entre los primeros

seis meses y el primer año tras la adopción en lo que se conoce por “periodo de conflicto” o “periodo de prueba” (Amorós, 1987; Berry y Barth, 1990; O’Hara, 1991). Esta primera etapa tiene una importancia capital porque la reacción inicial de la familia hacia el niño está relacionada con la adaptación a largo plazo (Glidden, 1991; Quinton, Rushton, Dance y Mayers, 1998) y es cuando se producen el mayor número de rupturas (Barth y cols., 1988).

- d) *Centrado en la familia sana*: Nuestro modelo está expresado en términos positivos porque pretende explicar primordialmente el funcionamiento de las familias que se adaptan eficazmente y, sólo consecuentemente, entender el funcionamiento de familias disfuncionales.
- e) *Específico de la adopción internacional*: Si bien el proceso de afrontamiento será similar en adopción nacional, la adopción internacional comporta una serie de estresores específicos (relacionados con la especial complejidad del proceso y de los actores implicados así como con las diferencias étnicas, culturales e idiomáticas que se pueden presentar) que deben ser contemplados y que podrían resultar en una mayor dificultad del proceso de adaptación (Kim, 1995).

4.3. DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE ADAPTACIÓN FAMILIAR A LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL

La adaptación familiar y de los menores a la adopción internacional durante el periodo de adaptación inicial (Factor xX) viene determinada en el modelo por tres factores críticos:

1. La acumulación de demandas, tanto normativas de la transición a la parentalidad como específicas de la adopción, y de la adopción internacional, que se presentan (Factor aA).
2. La definición que hagan los padres de la situación en términos de expectativas de adaptación (factor cC) que mediará entre la acumulación de estresores y los recursos de afrontamiento familiar.
3. Los recursos puestos en marcha por la familia para afrontar la situación entre los que incluimos tanto los recursos generales como las estrategias emitidas por los padres para apoyar a sus hijos y regular su conducta o estilos educativos (factor bB).

El proceso de adaptación familiar así comprendido media entre el riesgo previo en el menor y su adaptación psicosocial posterior.

Como se puede comprobar, la estructura general del modelo se deriva de la reconceptualización ACBX del modelo de McCubbin y Patterson (1985). Las variables que se incluyen en el modelo son las que se consideran más relevantes desde la revisión teórica previa o más universalmente aplicables a las familias que han

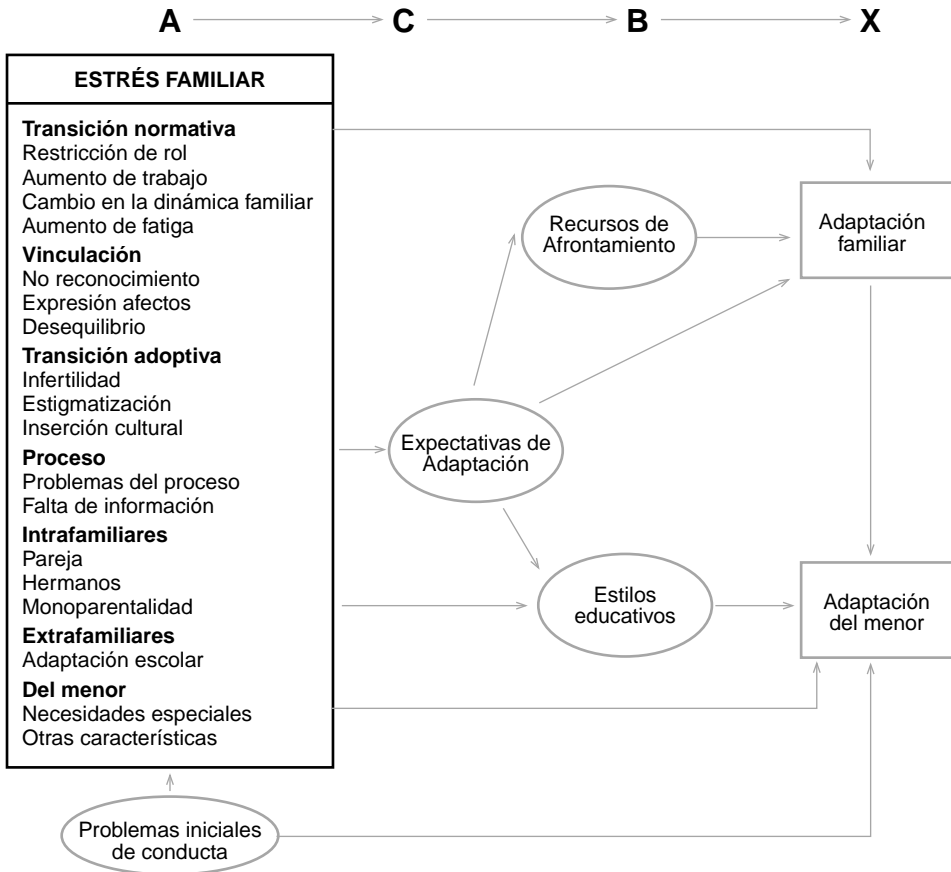
adoptado internacionalmente pero como no se consideran todas las variables implicadas, hay que asumir cierto grado de error ineludible en el modelo.

En la Figura 9 se detalla gráficamente nuestra propuesta teórica del modelo de adaptación familiar a la adopción internacional, que queda explicado detalladamente a continuación.

4.3.1. FACTOR AA: EL ESTRÉS FAMILIAR

Basándonos en el modelo Doble ACBX proponemos que las familias tendrán que afrontar, durante el primer año de convivencia con el menor, no sólo el estrés derivado de la adopción en sí sino una combinación de estresores relacionados con las tensiones familiares previas, los cambios de rol exigidos, los eventos normativos unidos

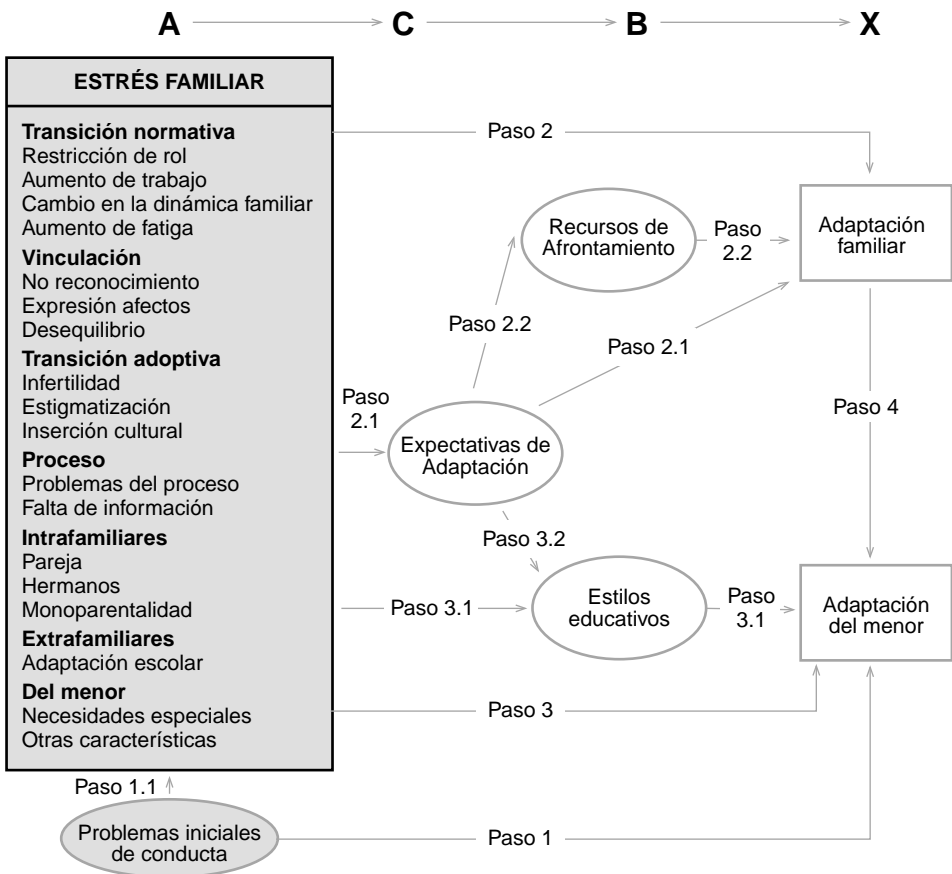
FIGURA 9: MODELO DE ADAPTACIÓN FAMILIAR A LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL



a las dificultades que son específicas de la vida de las familias adoptivas (Brodzinsky y Huffman, 1988; Brodzinsky y cols., 1995; Kirk, 1964), combinación que denominaremos estrés por transición a la parentalidad adoptiva o estrés familiar (Figura 10).

Unido al estrés generado por la transición a la parentalidad adoptiva encontramos los problemas de conducta del menor al llegar que afectan a la intensidad y la gravedad de éste (paso 1.1.; Mainemer y cols., 1998) y que, por otra parte, tiene efectos directos, independientes y especialmente poderosos sobre la adaptación del menor (paso 1). Algunos autores han destacado la relación entre los trastornos emocionales y conductuales pre-existentes en el menor y la adaptación percibida por

FIGURA 10: MODELO DE ADAPTACIÓN FAMILIAR A LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL (FACTOR AA)



En la zona blanca de la figura se representan las variables del factor aA mientras que en la zona sombreada se representan el resto de factores y variables.

los padres tras el primer año de acogida (Amorós, 1987) mientras que otros no encuentran relación entre el ajuste familiar final y las conductas previas del menor (McGlone y cols., 2002). Por ello, el modelo propuesto incluye la conducta del menor al llegar como variable que influye, por un lado en el estrés percibido afectando así a todo el proceso de estrés y afrontamiento y, por otro lado, a la adaptación del menor tras este proceso pero no considera una relación directa entre problemas de conducta previos y adaptación percibida por los padres. Estos problemas, según la teoría previamente descrita, derivarán de las características biológicas del menor, de su ambiente previo y de la historia de protección y colocación adoptiva y son un importante factor diferencial en el proceso de adaptación de niños algo mayores frente niños adoptados en su primera infancia.

Así como Abidin (1992) considera por un lado la presencia de los estresores en la familia y, por otro, el nivel de activación motivacional al que denomina estrés parental (resultado de la evaluación cognitiva que hace el sujeto de grado de daño o beneficio de los estresores bajo el filtro de la relevancia del rol parental) McCubbin y cols. (1998) contemplan que la variable estrés estaría determinada por la acumulación de demandas en sí que afectará, tanto de manera directa como moderada a través de la percepción y los recursos, en la adaptación final de la familia y sus miembros. El modelo de adaptación inicial de la familia a la adopción internacional asume, en este punto, la estructura básica del doble ABCX en el sentido de que la acumulación de estresores ya implica estrés aunque la mayor parte de su efecto en la adaptación se dé moderado por factores cognitivos (paso 2.1) y por los recursos de la familia (pasos 2.2 y 3.1). En este sentido el modelo sostiene la existencia de una relación directa entre la acumulación de estresores y la adaptación familiar (paso 2), como ya se ha encontrado tanto en familias normativas (Östberg y Hagekull, 2000) como en adoptivas (McGlone y cols., 2002).

Las fuentes de estrés que consideramos más relevantes se categorizan en siete grupos: la transición normativa a la parentalidad, la transición a la parentalidad adoptiva, las dificultades de vinculación, las dificultades en el proceso, las derivadas del modelo de familia, las dificultades que provienen de fuera de la familia y las derivadas de las características del menor.

FUENTES DE ESTRÉS COMUNES EN LA TRANSICIÓN A LA PARENTALIDAD

La transición a la parentalidad ha sido estudiada desde diversas perspectivas teóricas como una de las etapas más estresantes del ciclo de vida familiar por la intensidad de las demandas que plantea a la vida familiar y, cada vez que un hijo llega a la familia, esta transición es de nuevo experimentada por la familia, independientemente de si la parentalidad es biológica o se llega a la misma a través de la adopción (Abidin, 1992; Belsky, Ward y Rovine, 1986; Brodzinsky y cols., 1995). La transición normativa a la parentalidad ha sido asociada al descenso en la satis-

facción marital, un aumento de fatiga, el descenso de la actividad sexual, la disminución de la actividad social, aumento de las tensiones económicas y mayor dificultad para conciliar la vida familiar y laboral (Belsky y cols., 1986).

En el modelo propuesto se considera el estrés en la transición a la parentalidad a través de cuatro variables fundamentales: el aumento del trabajo en casa, la restricción de rol, el cambio en la dinámica familiar y el cansancio físico. Si bien la mayoría de los autores incluyen el descenso en la satisfacción y la intimidad marital, en nuestro modelo se opta por considerar esta variable dentro de las fuentes de estrés dependientes del modelo de familia.

La mayor diferencia de las familias adoptivas frente a estos retos normativos es la falta de progresividad en la asunción del rol parental o paternidad instantánea ("*instant parenthood*": Barth y Berry, 1988, 1989). Los padres adoptivos no han tenido la oportunidad de ir aprendiendo a sentirse cuidadores a través del embarazo sino que este rol se asume repentinamente, especialmente en un entorno que no entiende a los padres como tales hasta que el niño está en el hogar. Además, la transición a la parentalidad en las familias no adoptivas está relacionada con la respuesta a las necesidades de un recién nacido lo cual no es cierto en la adopción de niños mayores lo que puede modular un menor nivel de demandas de tipo material (tiempo, esfuerzo físico) y, sin embargo, mayores demandas de adaptación del sistema (cambio en la dinámica familiar).

a) Aumento del trabajo en casa

La llegada del niño al hogar aumenta necesariamente un aumento en el volumen de tareas domésticas, lo que ha demostrado ser una fuente de estrés muy importante, especialmente cuanto más pequeños son los niños (Belsky y cols., 1995; Östberg y Hagekull, 2000).

b) Restricción de rol

La asunción del rol parental exige, una inversión de tiempo, compromiso y recursos de adaptación que comporta la mayoría de las veces un descenso no previsto en el desempeño de otros roles como podría ser el rol de pareja, el rol social o el rol profesional que es vivido con dificultad por la mayoría de los padres (Abidin, 1992).

c) Cambio en la dinámica familiar

El cambio en la dinámica familiar se refiere al replanteamiento de las rutinas y en los hábitos cotidianos de las familias por la llegada del nuevo hijo, cambio que no sólo afecta al subsistema parental sino que también exige un cambio en las

expectativas de otros miembros de la familia como abuelos o hermanos lo que supone una fuente de estrés adicional.

d) *Cansancio físico*

Abidin (1992) contempla los problemas de salud como un importante factor de estrés parental. El modelo de adaptación familiar a la adopción internacional contempla, sin embargo, tan sólo los problemas de salud que están íntimamente relacionados con el aumento de tareas, la falta de descanso y el propio estrés por lo que denomina a este factor cansancio físico (Belsky y cols., 1995), no asumiendo como normativos otros problemas de salud previos o sobrevenidos que tendrían que considerarse dentro de una categoría particular de otros eventos vitales estresantes.

TRANSICIÓN A LA PARENTALIDAD ADOPTIVA (EN ADOPCIÓN INTERNACIONAL)

Las variables que se han considerado más frecuentemente como propias de la transición a la parentalidad adoptiva (independientemente del tipo de adopción) son la asunción de la infertilidad, el estigma social asociado a la adopción y el manejo de las relaciones, reales o imaginarias, con la familia biológica del menor, variables todas ellas integradas en nuestro modelo.

El carácter internacional de la adopción hace que ciertas variables destacadas por la literatura para la adopción nacional pierdan relevancia como es el caso de la falta de seguridad en el estatus parental y que, por el contrario, se hagan presentes otras variables a las que no se ha prestado tanta atención en dicha literatura como, por ejemplo, las dificultades de adaptación idiomática y cultural.

La falta de seguridad en el estatus parental (Brodzinsky y cols., 1995; Levy-Shiff cols., 1991) ocurre cuando el inicio de la convivencia entre padres e hijos se produce con un estatus legal de acogimiento preadoptivo y la familia vive el estrés de no saber si definitivamente el menor será su hijo. En adopción internacional, sin embargo, los niños vienen adoptados legalmente o con permisos de adopción que se entienden como definitivos por lo que se suprimiría esta fuente de estrés adicional.

Hay otras fuentes de estrés relevantes en la paternidad adoptiva que no consideramos primordiales en la etapa de adaptación inicial pero que sería necesario incluir en otras etapas del ciclo de vida de la familia adoptiva (Deacon, 1997) como es la revelación y el manejo de la información sobre los orígenes, que no parece una preocupación primordial ni de los padres ni del menor en esta primera etapa, y que además viene complicada en el modelo por la edad de los menores, o el apoyo en la construcción de la identidad del hijo y en la búsqueda de sus orígenes en la adolescencia.

a) Infertilidad no resuelta

Si bien la infertilidad no está presente en todas las familias que adoptan, ha sido presentada consistentemente por los estudios como una importante fuente de estrés en la transición a la parentalidad adoptiva (Brodzinsky y cols., 1995; Judge, 1999; Palacios, 1998; Westhues y Cohen, 1990).

La infertilidad está asociada por sí misma a mayores tasas de estrés en la persona y la pareja que los sufre, especialmente en la mujer, estrés que aumenta con la edad especialmente para las personas que no han tenido hijos biológicos de manera previa a la infertilidad (Benazon, Wright y Sabourin, 1992, Morrow, Thorson y Penney, 1995). Además las personas infértiles tienen más tendencia a sufrir descenso en la autoestima, distorsión de la imagen corporal, ansiedad, depresión, ruptura de la comunicación marital, descenso de la actividad sexual y sentimientos de culpa o resentimiento contra el otro miembro de la pareja (Brodzinsky y cols., 1995). Además, el estrés de pareja aumenta progresivamente a medida que se frustran los intentos de embarazo durante distintos tratamientos de la infertilidad (Benazon y cols., 1992). Desde un punto de vista cualitativo se ha destacado que la persona infértil piensa que se ha fallado a sí misma y a su pareja y que no es un hombre o una mujer completa (Deacon, 1997).

Algunos autores han destacado que, aunque la infertilidad es, innegablemente, una fuente de estrés para la pareja, la crisis desencadenada por la misma puede haberse afrontado y resuelto en el momento de la adopción, de modo que ya no interferiría en el proceso de adaptación (Downs, 1995; McDonald y cols., 1991) por lo que la variable a considerar sería, no tanto la infertilidad en sí como la infertilidad no resuelta.

La resolución del duelo de la infertilidad requiere asumir dos retos fundamentales (Deacon, 1997):

- a) Diferenciar entre la incapacidad para concebir, la sexualidad y la competencia como padres (Hajal y Rosenberg, 1991).
- b) Hacer el duelo por el hijo biológico que no llegará. En ocasiones, los grandes costes que se asumen para conseguir un hijo biológico a través de las técnicas de reproducción asistida han enfrentado a la persona a una gran tensión emocional (Bartholet, 1993; Lebner, 2000; Miall, 1996) y se plantea la adopción como una técnica adicional para conseguir el objetivo inicial sin hacer el duelo por la paternidad biológica ni caer en la cuenta de las características especiales de la adopción.

Una infertilidad no resuelta se relaciona íntimamente con unas expectativas poco realistas acerca del comportamiento afectivo y social del menor (Schmidt y cols., 1988), con la confianza y seguridad en la unidad familiar (Brodzinsky y cols., 1995; Kirk, 1964) y con un descenso de interés por la relación de pareja,

buscando en el hijo la satisfacción de todas las necesidades personales (Pheat, 1995).

b) Adopción como estigma

Uno de los retos más importantes de las familias adoptivas será enfrentarse a una visión social de la adopción que considera la paternidad adoptiva menos valiosa, menos fuerte o menos “natural” que la biológica y a los menores como dignos de lástima, enfermos o problemáticos (Bartholet, 1993; Brodzinsky y cols., 1995; Groze, 1996; Judge, 1999; Lebner, 2000; Miall, 1987). En ocasiones la visión social circundante en determinadas adopciones no es especialmente problemática pero sí acentúa en exceso las diferencias (Merguici, 1991).

La desvalorización que proviene de la mirada social sobre la adopción conlleva que la familia sienta menos apoyo social informal de la familia extensa, los amigos o el entorno que las familias normativas, lo que aumenta el estrés (McGlone y cols., 2002; Singer, 1985).

Los futuros abuelos también tienen que superar la pérdida de la continuidad biológica y la línea genealógica y esto hace que no siempre sean un apoyo en la superación del duelo de sus hijos (Hajal y Rosenberg, 1991), lo que puede hacer que los padres vivan la adopción como un estigma frente a la propia familia extensa. En el estudio de Amorós (1987) sobre adopción nacional se destaca que en un 16,8% de los casos la relación del adoptado con la familia extensa se consideró tan sólo “moderadamente satisfactoria” porque se percibía cierto trato distante y discriminatorio hacia el menor. En el 2,7% de los casos la familia de origen rechazó al menor desde el inicio de la convivencia y el rechazo se había ido consolidando a lo largo de los años. También Fuentes y cols. (2000) encuentra que un 11,1% de los adoptantes habían vivido cierto rechazo al menor por parte de la familia extensa.

Además, los adoptados interracialmente están expuestos a la estigmatización social en mayor medida que los adoptados intrarraciales, en primer lugar por la visibilidad de la adopción y, en segundo lugar, por los episodios racistas que pueden aparecer y para los que los padres no se sienten, habitualmente preparados (Deacon, 1997).

c) Relación con la familia biológica

Para la mayoría de las familias, aceptar que el niño tiene una historia y tuvo unas relaciones familiares previas es una tarea complicada y estresante, especialmente cuanto más presente está la familia biológica en el proceso de adaptación (Groze, 1994; McGlone y cols., 2002) lo que podría conducir a la ruptura de la relación adoptiva (Schmidt y cols., 1988)

Esta presencia de la familia biológica puede ser real, imaginada o recordada. Por ejemplo, uno de los problemas más frecuentes referidos por la bibliografía es

la dificultad para aceptar el “romance familiar” que elaboran algunos niños que supone la idealización de la familia biológica. En otras familias se vive la familia biológica como una presencia constante y amenazante que podría romper la relación entre padres e hijos (Fuentes y Amorós, 1996).

Fernández (2002) aporta que un 30,8% de los menores tuvieron recuerdos recurrentes del pasado, un 25,6% estaba preocupado por sus hermanos biológicos y un 5% idealizaba sus vínculos afectivos anteriores, y Fuentes y cols. (2000) describen que una parte importante de los temores de la familia estaba relacionado con la familia biológica de manera que un 44,4% de los padres temían hablar con el niño de su pasado y su familia biológica, un 50% temía que la familia biológica reconociera al niño y lo raptara, un 33,3% tenía miedo de que el niño quisiera buscar y volver con su familia biológica, una 44,4% temía que repitiera las conductas de sus padres biológicos.

Lebner (2000) documenta a través de un estudio cualitativo, casos en los que los padres expresaron de manera explícita que se han dirigido a la adopción internacional para no tener que afrontar cuestiones relacionadas con la familia biológica del menor. Puede que este tipo de motivación esté más presente en lugares como Canadá o EEUU donde la implantación de la adopción abierta está muy generalizada y a los adoptantes se les impulsa a compartir cierta información e incluso a relacionarse con la familia biológica de los menores pero también nos podría dar cuenta del grado en el que la cercanía de “otros padres” puede resultar estresante para la familia adoptiva y puede estar dificultando el proceso de adaptación.

d) Dificultades de adaptación idiomática y cultural

Especialmente en adopción internacional de niños mayores, las dificultades de adaptación idiomática y cultural que hemos descrito en el segundo capítulo como variable final de la adaptación son también una fuente de estrés que complica dicho proceso. De este modo, las dificultades de comunicación verbal con el menor debido a su diferente lengua de origen pueden complicar la tarea de la integración familiar y el desarrollo de una relación responsiva y segura entre padres e hijos. De hecho, un año después de la adopción, el desarrollo del habla y el lenguaje es una de las preocupaciones fundamentales de las familias que habían adoptado internacionalmente (Clauss y Baxter, 1998). Por otro lado, las pautas de comunicación y de hábitos definidas culturalmente también pueden poner sobre la familia retos que no habían sido imaginados previamente.

DIFICULTADES DEL PROCESO DE VINCULACIÓN

Quizás la tarea más importante a la que se enfrenta la familia sea el proceso de vinculación con un niño que ya existía previamente (Deacon, 1997; Palacios,

1998) y que, necesariamente, ya viene con unos esquemas relacionales marcados por sus experiencias previas habida cuenta de que el modelo está planteado para la adopción de niños mayores. Por su importancia, en el modelo se ha considerado como una fuente de estrés específica. Las fuentes de estrés relacionadas con las especiales dificultades para culminar este reto serán de vital importancia en el desarrollo del estrés parental (Mainemer y cols., 1998), el proceso de adaptación familiar y el fracaso en su afrontamiento puede poner en grave riesgo la continuidad de la relación (Schmidt y cols., 1988). De hecho para muchos padres los problemas de apego del menor son una fuente de estrés más relevante que los problemas de conducta (McCarty y cols., 1999).

La literatura previa ha distinguido tres reacciones de los menores frente a la construcción del vínculo que resultan especialmente dolorosas y estresantes para los padres: las dificultades en la expresión de los afectos, el no reconocimiento de los adoptantes como padres y el desequilibrio en la aceptación y el trato de los miembros de la pareja.

a) Dificultades en la expresión de los afectos

Con cierta frecuencia los menores muestran un comportamiento frente a la relación con los padres que los adoptantes describen como de rechazo, retraimiento afectivo, falta de comunicación, frialdad, excesiva autonomía o rechazo activo al contacto físico y que supone una importante barrera para el establecimiento del vínculo (McGlone y cols., 2002).

b) No reconocimiento

Ciertas manifestaciones del menor hacen que los padres no se sientan reconocidos como padres. Algunos menores tardan cierto tiempo en confiarse a una relación paterno-filial lo que es vivido con dificultad por los adoptantes pero, más estresante aún que esta espera son las verbalizaciones del tipo “tu no eres mi madre de verdad”, “yo quería unos padres diferentes” o “yo quiero volver con mis padres” que son experimentadas con altos niveles de estrés y frustración por parte de los adoptantes (McGlone y cols., 2002). Fernández (2000) encuentra manifestaciones de no reconocimiento y rechazo afectivo en un 51,3% de los acogimientos preadoptivos de niños con necesidades especiales de su estudio, todos ellos durante los dos primeros meses de convivencia.

c) Desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja

Con cierta frecuencia se da un rechazo diferencial de los adoptados a la figura de la madre o del padre, probablemente basado en experiencias previas del

menor. Fernández (2000) encuentra esta situación en un 2% de las familias estudiadas. Estas coaliciones afectivas con un miembro de la pareja y el rechazo del otro es una fuente de estrés muy relevante para ambos y que aumenta las probabilidades de inadaptación, especialmente cuando el rechazo se centra en la figura de la madre (Hoksbergen y cols., 1988; McGlone y cols., 2002; Smith y Howard, 1994). Quizás el abandono precedente pueda condicionar en algunos niños la nueva relación, especialmente con la madre. Por ejemplo, Palacios y Sánchez (1996b) encuentran que los niños de adopción especial muestran significativamente menos afecto hacia sus madres que los no categorizados dentro del grupo de especiales.

DIFICULTADES DERIVADAS DEL PROCESO DE ADOPCIÓN

Los problemas que se pueden dar durante el proceso de adopción siguen influyendo en el estrés de los padres una vez que el menor ha llegado al hogar. Brodzinsky y cols. (1995) apuntan, por ejemplo, a que la duración incierta del proceso inhibe la planificación efectiva de la llegada del niño y dificulta la transición a la parentalidad. También aporta que la intrusividad y el estrés con la que muchas familias experimentan la evaluación psicosocial en ocasiones aumenta la ansiedad de los padres acerca de su capacidad para criar a un niño.

Por su parte, Serbin expone que la experiencia de viajar a un país diferente, desconocido y subdesarrollado es muy impactante y estresante y permanece actuando en la vida familiar tiempo después de haber superado la adopción. La experiencia de la propia autora en Rumania puede ilustrar la importancia de este momento: “*Durante bastante tiempo, mis experiencias en Rumania parecían más reales y vívidas que los acontecimientos cotidianos de mi vida en casa*” (Serbin, 1997, pg. 84).

En nuestro modelo consideramos sólo dos dimensiones de las dificultades en el proceso: los problemas con las agencias implicadas y la falta de información sobre el menor.

a) Problemas con las agencias implicadas

Aunque son frecuentes los conflictos entre las agencias y los adoptantes por la duración y la complicación de los procesos, las familias que se han sentido poco atendidas, defraudadas o engañadas en el proceso de adopción llevarán este estrés más allá del proceso lo que interferirá en el proceso de vinculación con el menor y de adaptación del mismo (Berástegui, 2003b; Schmidt y cols., 1988).

b) Falta de información

Cada vez existe más acuerdo sobre la necesidad de proporcionar a la familia la mayor cantidad de información posible sobre los antecedentes del niño, y un tiem-

po razonable para entender y asimilar esta información, por lo que puede ayudar a comprender las necesidades del menor y a tomar una decisión consciente y responsable sobre la adopción del mismo (Fuertes y Amorós, 1996). Ya se ha expuesto con anterioridad como, consecuentemente, la falta de información sobre los antecedentes del menor puede suponer una desventaja y una importante fuente de estrés en el proceso de adaptación (McGlone y cols., 2002; Rosenthal, Groze y Aguiar, 1991; Schmidt y cols., 1988) y es un predictor muy importante de la ruptura de la adopción (Barth y cols., 1988; Brooks y cols., 2000; Nelson, 1985; Schmidt y cols., 1988).

Parece además que las lagunas en la historia previa del menor, tanto en lo relacionado a su familia biológica como a su historial médico, son mucho más importantes en adopción internacional que en adopción nacional (Lebner, 2000).

FUENTES DE ESTRÉS DEPENDIENTES DEL MODELO DE FAMILIA

El modelo considera que estas dificultades son compartidas por todas las familias normativas o adoptivas —aunque con algunas diferencias—.

a) Distrés de pareja

La mayoría de autores consideran el distrés de pareja como un factor interviniente en la transición normativa a la parentalidad incluyendo el estrés asociado al descenso de satisfacción marital, el descenso de actividad sexual, las nuevas dificultades para conciliar familia-trabajo de cada miembro de la pareja y de ambos como pareja. Es un predictor muy exitoso de las dificultades de adaptación familiar, especialmente si se asocia a la violación de expectativas previas acerca de la paternidad y de lo que esta aportaría a la pareja (Belsky y cols., 1986; Isabella y Belsky, 1985).

Si bien estas dificultades son vividas con estrés por todas las familias, en las familias adoptivas puede darse con mayor intensidad debido al importante papel que tiene el padre en el sostenimiento afectivo de la madre y de la relación con el menor cuando este muestra rechazo hacia la figura de la madre (Brodzinsky y cols., 1995; Westhues y Cohen, 1997). También cuando se adoptan niños con necesidades especiales, la necesidad de acomodarse a estas reduce el tiempo que tienen los padres para su relación de pareja y les focaliza en su papel como padres aumentando el distrés de pareja (McGlone y cols., 2002; Ward 1996).

b) Distrés por monoparentalidad

Se puede considerar que las familias monoparentales viven una mayor incidencia de factores ambientales estresantes, desde la acumulación de tareas laborales y familiares que no pueden compartir con otras personas hasta las dificultades

financieras provocadas por tener una única fuente e ingresos en la familia (Moreno, 1995).

El resto de fuentes de estrés adoptivo y el apoyo social del que disponga la familia modulará la importancia de esta variable en la configuración del estrés.

c) Problemas de relación entre los hermanos

A pesar de que hay investigaciones que no relacionan la presencia de hermanos previos con el estrés parental (Mainemer y cols., 1998) se ha expuesto cómo la mayoría de la investigación ha relacionado la existencia de otros hijos en la familia con problemas de adaptación (Partridge y cols., 1986; McDonald y cols., 1991). Esto es especialmente cierto cuando aparecen conflictos entre el recién llegado y el resto de los niños. Por ejemplo, Amorós describe reacciones de celos y una actitud negativa frente a la llegada del nuevo hermano en 7 de los 19 casos estudiados y esto fue de manera independiente a la filiación de los hermanos (biológica o adoptiva).

Si bien es cierto que el estrés surge también en las familias normativas en las que ya hay hijos (Östberg y Hagekull, 2000), en adopción los padres pueden sentir que han sacrificado el bienestar de sus hijos previos en el intento de cubrir las necesidades especiales de su hijo adoptado y se pueden sentir vulnerables y estresados y comunicar este sentimiento de inseguridad y ambivalencia a sus hijos (Rosenberg, 1992).

FUENTES DE ESTRÉS EXTRAFAMILIARES

Dentro de este epígrafe consideramos aquellos sucesos o situaciones estresantes que provienen de fuera de la familia. Aunque el modelo sólo incluye las dificultades de integración escolar existen otras muchos sucesos vitales que pueden incrementar el grado de estrés de la familia como son el paro, una mudanza, la jubilación, las dificultades laborales, la muerte de un familiar, etc., que afectarían al proceso de adaptación.

En este sentido, Donley destaca la importancia que tiene la emergencia de circunstancias impredecibles en el proceso de idoneidad como causa de algunos fracasos y Palacios y cols. (2004) exponen en un estudio cualitativo sobre la ruptura de la adopción internacional en España el caso de una familia en la que la muerte del padre pocos meses después de la adopción internacional y la reacción depresiva de la madre, dificultaron la adaptación del menor adoptado hasta el punto de romperse la relación de convivencia a pesar de que la familia, presumiblemente, hubiera integrado perfectamente la adopción de no haber concurrido este suceso.

a) *Problemas de integración escolar*

Los problemas en la escuela suelen ser una fuente de estrés para la familia (Barth y Miller, 2000) e incluso cuando la adaptación es satisfactoria en el resto de sus aspectos, una de las mayores áreas de conflicto en la familia son los problemas escolares (Raynor, 1980) concretamente el bajo rendimiento académico y las bajas expectativas de logro o dicho de otras palabras, la poca ambición escolar de los menores (Trise-liotis, 1991). Sin embargo, los problemas de integración escolar no sólo derivan de la motivación o la conducta del adoptado o de las expectativas de la familia sino de todo un proceso de afrontamiento que tendrá que realizar el sistema escolar para la integración del adoptado y que merecería un estudio en profundidad.

FUENTES DE ESTRÉS RELACIONADAS CON LAS CARACTERÍSTICAS ESPECIALES DEL MENOR O LA ADOPCIÓN

Tanto los estudios sobre la ruptura como los centrados en el funcionamiento de familias intactas sugieren que las demandas de integrar familiarmente a niños con necesidades especiales puede ser altamente estresantes (Barth y cols., 1988; Groze, 1996; Groze y Gruenewald, 1991, Judge, 1999; Rosenthal y cols., 1991; Todis y Singer, 1991). Es muy importante considerar que también en familias no adoptivas, las necesidades especiales del menor son altamente estresantes a la hora de desempeñar el rol parental (Abidin, 1990).

a) *Necesidades especiales*

Se entienden por necesidades especiales en este punto las deficiencias médicas, físicas o cognitivas que suponen un esfuerzo adicional a la familia para su atención y tratamiento.

b) *Otras características especiales potencialmente estresantes*

Se consideran bajo este epígrafe necesidades sin ser especiales en sí mismas dificultan el proceso de adaptación familiar como son tener determinada edad, la adopción de hermanos o la existencia de problemas conductuales. En este sentido, aunque el modelo tiene en cuenta la conducta del menor de manera independiente, se considera que la percepción de esta conducta como problemática por parte de los padres ha de ser considerada como dentro de las características especiales del menor.

4.3.2. FACTOR CC: EXPECTATIVAS DE ADAPTACIÓN

Tanto el doble ABCX como el modelo de estrés parental plantean que en el proceso de afrontamiento familiar, la evaluación cognitiva que se haga de la relación

entre la fuerza del estrés y las capacidades familiares será un determinante fundamental del proceso. Sin embargo, McCubbin y cols. (1998) proponen un concepto de percepción muy general, estable y compartido por la familia frente a muy distintos tipos de estresores mientras que Abidin (1992) hace depender esta evaluación de las expectativas concretas de los padres con respecto a su rol parental. En este punto y por las características especiales del proceso de adopción para el que no hay un modelado previo que haga que la familia reaccione a la adopción como reacciona frente a otros acontecimientos vitales, el modelo que proponemos considera las expectativas específicas de los padres con respecto a su propio papel y a la respuesta del hijo tal y como propone Abidin (1992) pero lo hace a través de conceptos paralelos al “control” y la “comprensión” propuestos por McCubbin y cols. (1998) (Figura 11).

Así, consideramos como factor cC las expectativas de la familia en términos de expectativas de control y confirmación de expectativas, factores fundamentales que median entre la magnitud de las demandas y los recursos de afrontamiento puestos en marcha por los padres:

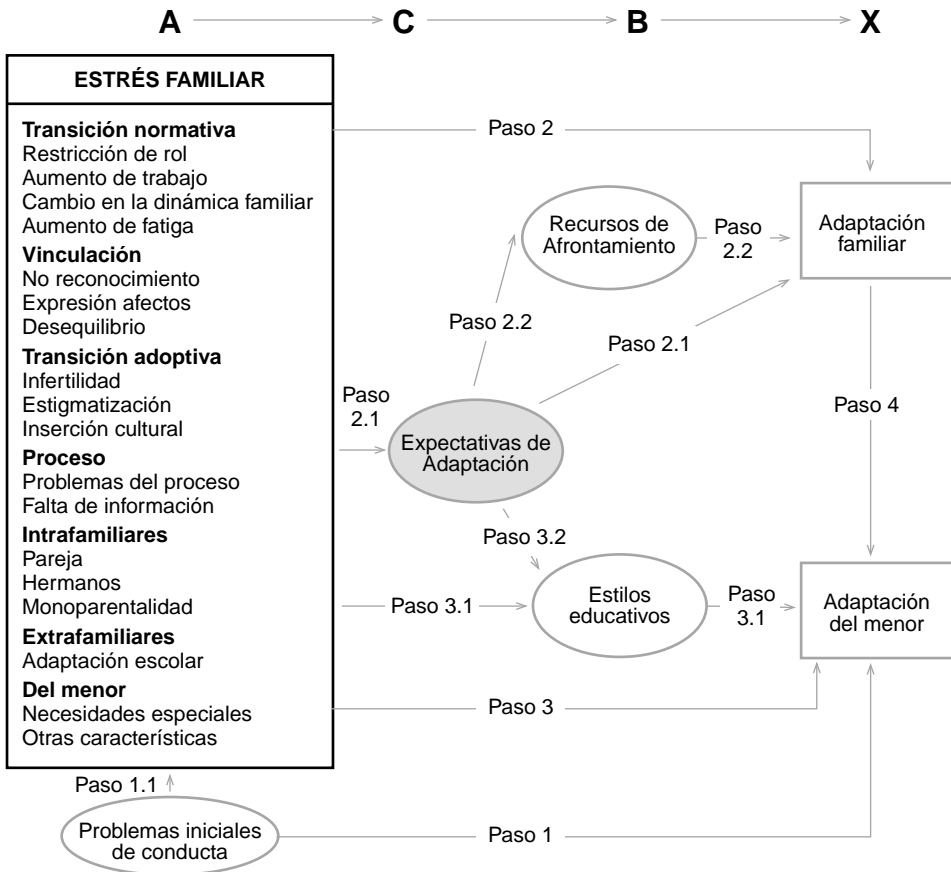
1. Expectativas de control: se refiere al grado en que los padres se sienten capaces de cumplir su tarea como tales y controlar la situación, es decir, básicamente se sienten capaces de establecer una relación afectiva con el menor y controlar su conducta hacia la socialización.
2. Confirmación de expectativas: resume la sensación de los padres de que el proceso de adaptación y las posibles dificultades surgidas en el mismo son tal y como ellos esperaban. En este sentido, la confirmación de expectativas sería la variable opuesta a la frustración o violación de expectativas.

Cuando el contraste entre las expectativas previas sobre la paternidad y la experiencia posterior resulta incongruente, se asocia a problemas en la interacción familiar (entendiéndolas en el modelo como dificultad para poner en marcha las estrategias de afrontamiento más adaptativas —paso 2.2.—) y en la interacción padres hijos en particular (Belsky y cols., 1986 —paso 3.2.—) así como en el grado de adaptación de la familia (paso 2.1). Se entiende que los problemas que tendrá la familia para considerarse eficaz y preparada para el proceso de adaptación serán mayores cuanto mayor sea también la acumulación de estresores que tienen que afrontar en este proceso (paso 2.1). Otras variables que inciden en las expectativas y que no son contempladas por el modelo pueden ser la falta de accesibilidad de apoyo cualificado en el proceso de integración (Brodzinsky y cols., 1995) o el proceso atribucional de la familia frente a los problemas (Ferández, 2000).

4.3.3. FACTOR BB: LOS RECURSOS DE AFRONTAMIENTO

Los recursos que son desarrollados y puestos en marcha en respuesta a las demandas surgidas de la situación crítica median, según los desarrollos teóricos

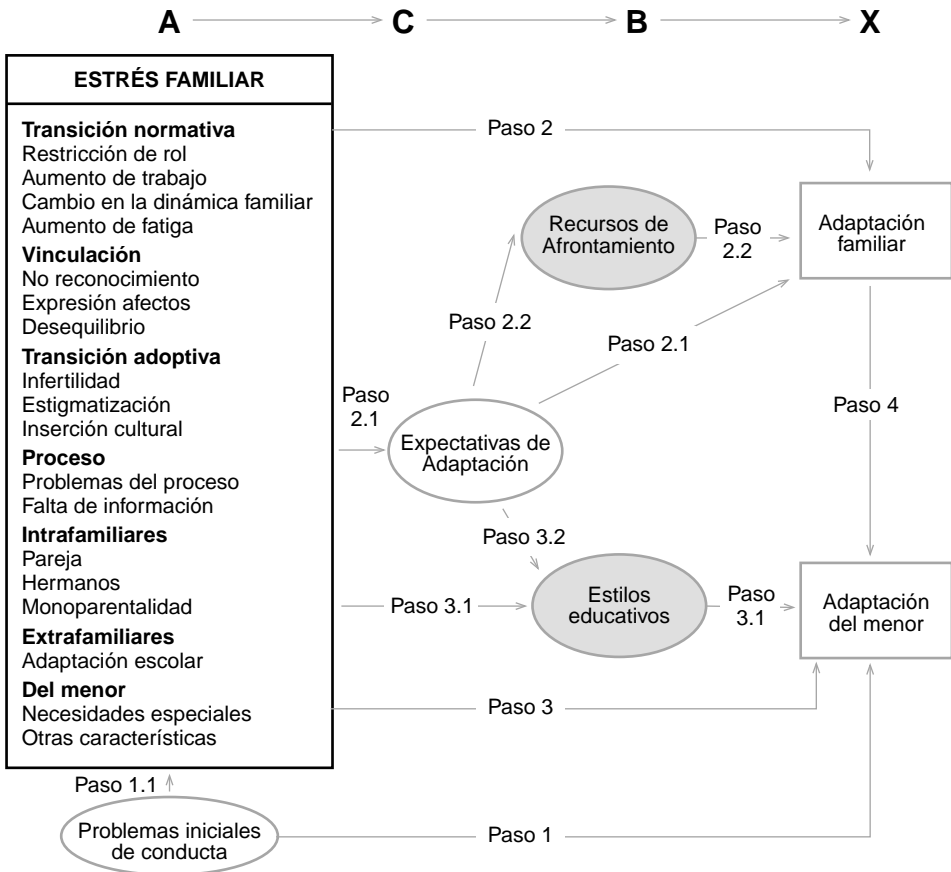
FIGURA 11: MODELO DE ADAPTACIÓN FAMILIAR A LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL (FACTOR CC)



En la zona blanca de la figura se representan las variables del factor cC mientras que en la zona sombreada se representan el resto de factores y variables.

precedentes, entre el estrés percibido y la adaptación. Estos recursos familiares incluirían los recursos personales de cada miembro de la familia, los recursos del sistema familiar como un todo y el apoyo social tanto formal como informal que la familia es capaz de conseguir. Nuestro modelo considera las estrategias familiares de afrontamiento (derivados de los desarrollos del modelo ABCX) y los recursos del subsistema parental para mostrar afecto y controlar la conducta del nuevo miembro (tomados de la propuesta del modelo de estrés parental) (Figura 12).

FIGURA 12: MODELO DE ADAPTACIÓN FAMILIAR A LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL (FACTOR bB)



En la zona blanca de la figura se representan las variables del factor bB mientras que en la zona sombreada se representan el resto de factores y variables.

1. ESTRATEGIAS FAMILIARES DE AFRONTAMIENTO

Las estrategias familiares de afrontamiento median entre las expectativas de afrontamiento y la adaptación familiar. Tal y como sugiere la reconceptualización del modelo en ACBX (Lavee y cols., 1998; Orr y cols., 1991) consideramos que la evaluación que haga la familia de los estresores es la que moviliza unas estrategias de afrontamiento determinadas y no la acumulación de demandas por sí misma (paso 2.2).

Siguiendo el modelo doble ABCX, las estrategias que pone en marcha la familia son funcionales o disfuncionales en relación al momento familiar y al tipo de crisis pero algunos de ellos están fundamentalmente dirigidos a la resolución de problemas y otros a minimizar el impacto del estresor sobre el sistema, siendo por lo general estos segundos más disfuncionales ante situaciones susceptibles de cambio.

- *Reestructuración cognitiva*: se refiere a la habilidad de la familia para definir el suceso estresor como un desafío que puede ser superado. También se refiere a la capacidad de la familia para discriminar aquellos sucesos que pueden ser alterados con éxito de aquellos que quedan fuera de su control.
- *Evaluación pasiva*: sería la estrategia cognitiva encaminada a minimizar la reactividad frente a los sucesos problemáticos considerando que no hay nada que la familia pueda hacer para reducir el malestar o solucionar la situación crítica.
- *Búsqueda de apoyo espiritual*: contempla la tendencia de la familia a refugiarse en comunidades religiosas o buscar apoyos espirituales para superar la crisis por la que atraviesan. Algunos autores consideran que es una estrategia evitativa mientras que otras lo consideran como un recurso social de apoyo cognitivo de afrontamiento. Por ejemplo, la adopción de niños con discapacidad psíquica mostraba mejores resultados en términos de ajuste del menor y proporcionaba mayor satisfacción a los miembros de la familia en las familias cuyas madres tenían mayores creencias religiosas (Glidden, 1991).
- *Obtención de apoyo social*: se refiere a la habilidad para solicitar y recibir apoyo de fuentes informales como la familia, los amigos, los vecinos o los compañeros de trabajo.
- *Mobilización para conseguir apoyo formal*: se refiere a la habilidad de la familia para localizar recursos formales de apoyo (recursos profesionales públicos o privados) para la resolución de sus dificultades.

2. ESTILOS EDUCATIVOS

Consideramos fundamental en esta fase de adaptación familiar el grado de competencia o disfuncionalidad educativa de la conducta parental frente a las conductas de sus hijos, ya que puede facilitar o dificultar la adaptación psicosocial del menor (Abidin, 1992 —paso 3.1.—).

A lo largo de los diversos estudios sobre estilos educativos encontramos que son dos las variables fundamentales que, con diferencias de matiz y sobretodo de nomenclatura, vertebran los distintos modelos (Rollins y Thomas, 1979):

1. APOYO (o AFECTO): sería todo aquel comportamiento que hace que el hijo se sienta cómodo en presencia de los padres y que sienta que sus padres le

aceptan y aprueban como persona. Incluiría conductas de alabanza, aprobación, aliento, ayuda, cooperación, comunicación, expresiones de cariño y afecto físico de los padres hacia el niño.

2. **CONTROL:** se refiere al comportamiento de los padres hacia el hijo que tiene como objetivo dirigir el comportamiento del niño en una dirección deseable para los padres. Incluiría conductas tales como dar directrices, instrucciones, mandatos, sugerencias, castigos, amenazas de castigo y también hacer preguntas, imponer normas y restricciones y explicarlas.

Por lo general, las familias adoptivas son capaces de desarrollar altos niveles de afecto y consideran que las normas son importantes para el desarrollo de los niños pero se dan grandes diferencias, sin embargo, en los modos de ejercer el control (Palacios, 1998).

En nuestro modelo, la disfuncionalidad de la conducta parental (entendida como exceso de laxitud o sobrereactividad) vendrá determinada por el estrés parental, tanto directamente (Abidin, 1992; Belsky, 1984; Webster-Stratton, 1990) como a través de la evaluación que hace la familia de los estresores en términos de control y confirmación de expectativas. También Abidin (1992) hipotetiza esta doble influencia aunque el efecto indirecto del estrés está mediado en su modelo a través de los recursos, entre los que se cuenta el afrontamiento cognitivo.

4.3.4. FACTOR XX: LA ADAPTACIÓN

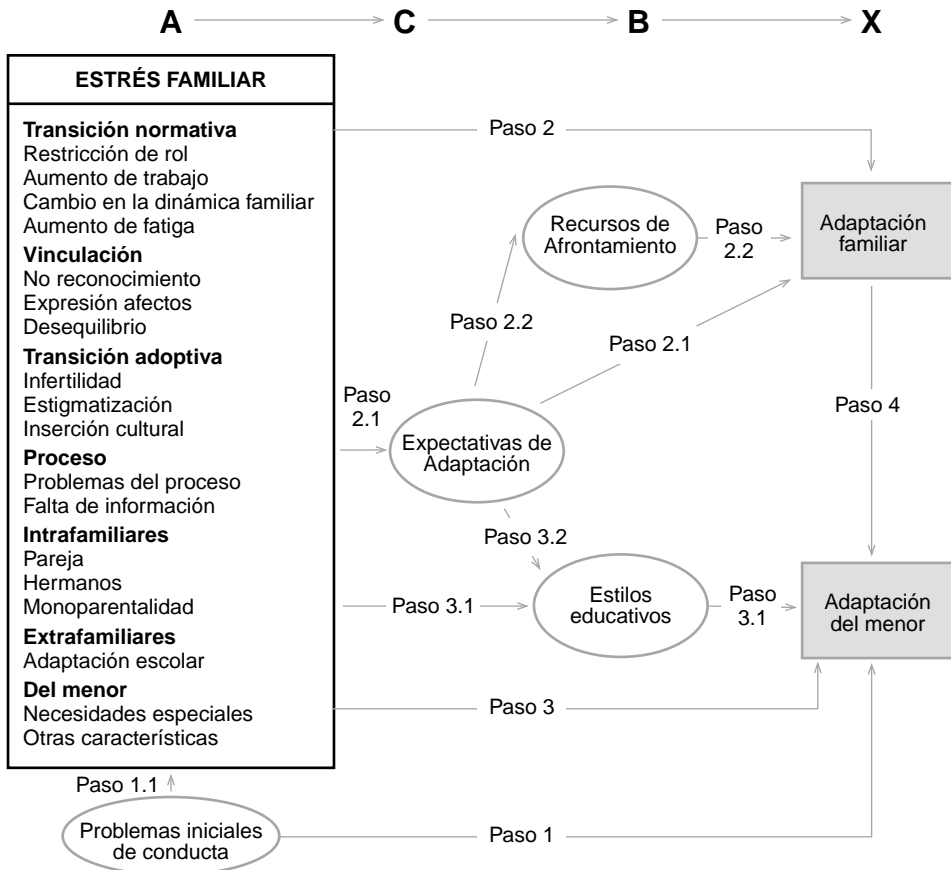
Hay que tener en cuenta que nuestro modelo considera la adaptación como un proceso y, por lo tanto este factor sólo se refiere a la adaptación inicial. El grado de adaptación inicial será un factor clave en las distintas crisis que se presenten a lo largo del ciclo de vida familiar. Tal y como ha hecho la literatura precedente, contemplamos por separado la adaptación familiar y la adaptación psico-social del menor.

1. ADAPTACIÓN FAMILIAR

Sería el resultado del proceso familiar puesto en marcha en respuesta a la acumulación de demandas. La adaptación no significa que la crisis no se haya dado, que los problemas no hayan aparecido ni que la familia no haya cambiado sino que la familia ha asumido un nivel rutinario de funcionamiento cotidiano en el que se considera que el menor es parte del sistema, por un lado, y que su adopción ha traído consecuencias positivas, satisfactorias o gratificantes a la familia.

A pesar de que muchas investigaciones han considerado el efecto de la conducta inadaptada del menor sobre la adaptación de la familia (Berástegui, 2003b; Berry y Barth, 1989; Hoksbergen y cols., 1988; McDonald y cols., 1991; Rosenthal

FIGURA 13: MODELO DE ADAPTACIÓN FAMILIAR A LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL (FACTOR XX)



En la zona blanca de la figura se representan las variables del factor XX mientras que en la zona sombreada se representan el resto de factores y variables.

y cols., 1988), nuestro modelo considera principal el efecto que la adaptación familiar tiene sobre la adaptación psicosocial del niño. Parece que las relaciones familiares contribuyen más en la determinación de la patología de los hijos adoptados que de los no adoptados porque sus experiencias previas les hacen más vulnerables y perceptivos a la fragilidad de los afectos, la insatisfacción de sus cuidadores y a la inestabilidad de las relaciones (Levy-Shiff, 2001; Brodzinsky, Hitt y Smith, 1993; Cadoret, 1990; Rosenthal y cols., 1988; Kadushin, 1980; Hopes, 1982).

2. ADAPTACIÓN DEL MENOR

La mayoría de los niños adoptados internacionalmente progresan muy rápido durante el primer año de vida con la familia aunque el progreso es más paulatino a medida que aumenta la edad del menor (Tizard, 1991). Esta es, probablemente, la variable estudiada con mayor profundidad en la investigación sobre adopción y se sitúa como variable final en nuestro modelo.

4.4. IMPLICACIONES DEL MODELO

La principal implicación de nuestro modelo es que la dinámica familiar (entendida como proceso de estrés afrontamiento) media entre el riesgo psicosocial previo del menor y su adaptación psico-social después de un tiempo de convivencia con la familia. Si la adaptación del menor depende del proceso de adaptación familiar entonces se podrá intervenir para ayudar a los padres a hacer frente a las dificultades que surjan en este periodo de ajuste y así promover que la adopción cumpla con su objetivo fundamental de dar una familia a un niño que garantice su adecuado desarrollo.

En este sentido, promover que todo niño es adoptable independientemente de su nacionalidad, sus características, el riesgo proveniente de su historia previa o sus necesidades especiales supone promover también los recursos necesarios para que los padres puedan afrontar con éxito el estrés que conlleva adoptar a determinados menores (Hartman, 1984).

CAPÍTULO 5

VALIDACIÓN DEL MODELO DE ADAPTACIÓN INICIAL DE LA FAMILIA A LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL: METODOLOGÍA

5.1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Los objetivos fundamentales del estudio empírico que desarrollamos a continuación son:

1. Describir la conducta de los menores adoptados internacionalmente y el cambio que se produce en la misma durante el periodo de adaptación inicial.
2. Validar nuestro “Modelo de adaptación inicial de la familia a la adopción internacional”
3. Identificar y establecer las principales relaciones entre las variables descriptivas del menor, la familia y el proceso y las dinámicas familiares durante el proceso de adaptación.

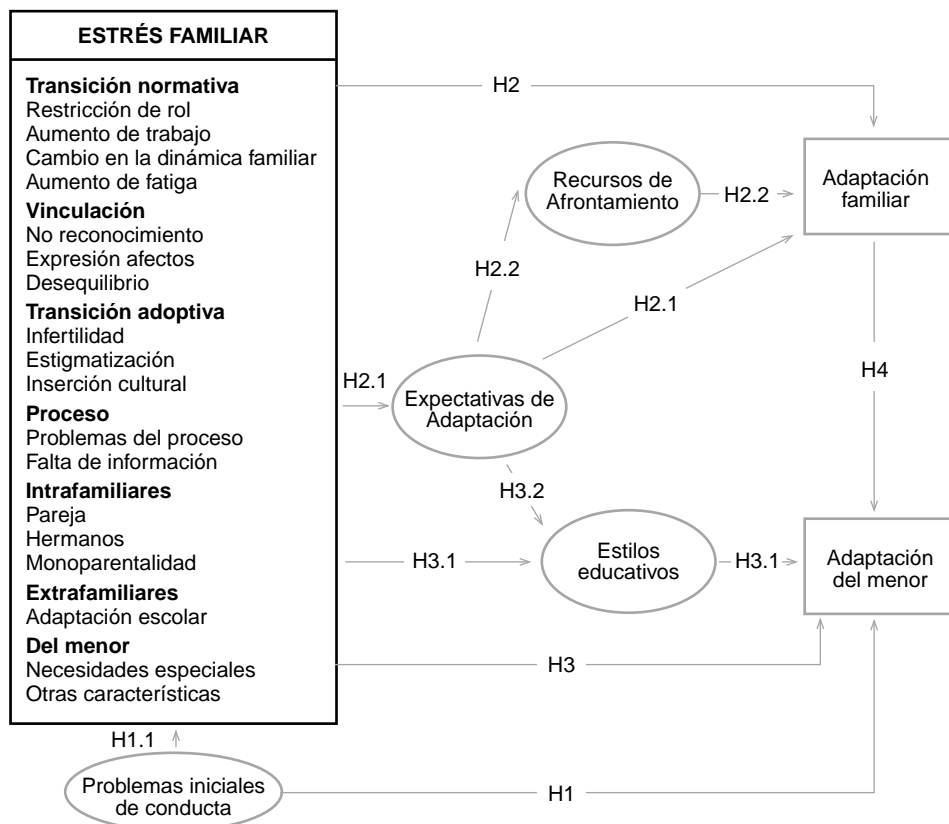
5.2. HIPÓTESIS

La hipótesis que pretendemos validar es el grado de ajuste del modelo al funcionamiento de las familias en la adopción internacional de la Comunidad de Madrid.

Las hipótesis específicas que se derivan del modelo son (ver Figura 14):

- H.1: Los problemas de conducta con los que llega el menor determinan en parte el grado de adaptación psico-social del mismo tras periodo inicial de adaptación familiar.

FIGURA 14: HIPÓTESIS DERIVADAS DEL MODELO DE ADAPTACIÓN FAMILIAR A LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL



- H.1.1: La relación entre los problemas iniciales de conducta en el menor y su adaptación psico-social está mediada, en parte, por el grado de estrés familiar en el periodo de adaptación inicial.
- H.2: El estrés familiar en la transición a la parentalidad adoptiva incide negativamente en la adaptación familiar.
 - H.2.1.: La relación entre el estrés familiar y la adaptación está, en parte, mediada por las expectativas de adaptación, de manera que el estrés disminuye las expectativas de adaptación y unas bajas expectativas inciden negativamente en la adaptación familiar.
 - H.2.2.: La relación entre las expectativas de adaptación y la adaptación familiar está, en parte, mediada por los recursos de afrontamiento, de mane-

- ra que unas altas expectativas promueven la puesta en marcha de recursos más adaptativos y estos aumentan el grado de adaptación familiar.
- H.3: El estrés familiar dificulta la adaptación psico-social del menor tras el periodo inicial de adaptación familiar.
 - H.3.1. La relación entre el estrés familiar y la adaptación psico-social del menor está, en parte, mediada por los estilos educativos, de manera que un mayor estrés promueven la puesta en marcha de estilos educativos menos funcionales que disminuyen la adaptación psico-social del menor.
 - H.3.2. La relación entre estrés familiar y estilos educativos está, en parte, mediada por las expectativas de adaptación, de manera que un mayor estrés incide en unas menores expectativas de adaptación y estas en la puesta en marcha de estilos educativos más disfuncionales.
 - H.4: La adaptación familiar influye en la adaptación psico-social del menor de manera que a mayor percepción de adaptación por parte de la familia, mayor será también la adaptación psico-social del menor.

5.3. SUJETOS

La población objeto de estudio está constituida por todos los niños adoptados internacionalmente en la Comunidad de Madrid entre 1999 y 2001 que cumplen los siguientes criterios:

1. *Adoptados con tres o más años de edad*

Aunque no hay acuerdo en cuanto a la línea divisoria que separa a la infancia de la niñez en los estudios sobre adopción (Haugaard, 1998) se optó por probar el modelo en aquellos adoptados con 3 ó más años de edad lo que, por un lado, supone un corte evolutivo importante (entrada en la etapa preescolar) y, por otro lado, hace coincidir las edades de los menores con los baremos del Child Behavior Checklist (Achenbach, 2000; Unitat d'Epidemiologia i de Diagnostic en Psicopatologia del Desenvolupament, 2000).

2. *Con una estancia mínima junto a la familia de un año*

Para evitar el efecto del periodo crítico y estudiar así la adaptación post-crítica (en la que la familia ya haya comenzado a poner en marcha sus recursos de afrontamiento) se estudiaron aquellas familias que han convivido al menos un año con su hijo adoptado (Amorós, 1987; McGuinness y Pallansch, 2000). Para ello, elegimos como muestra las adopciones que se dieron entre 1999 y 2001 que, en enero de 2003 —fecha en la que comenzó la recogida de datos— ya habían cumplido al menos 1 año de convivencia adoptiva y un máximo de 4 años con su familia.

3. *Que siguen conviviendo con su familia*

Se eliminaron de la muestra a todas las familias que habían roto su convivencia cotidiana con el menor (Berástegui, 2003b). Su exclusión se justifica por lo extremo de estas situaciones que distorsionarían la comprensión del proceso “normal” de transición a la parentalidad adoptiva.

Se elaboró un registro del total de adopciones internacionales tramitadas en el periodo 1999-2001 con el objetivo de hacer una selección inicial de los expedientes a los que dirigir el cuestionario. Para ello se recogieron las variables de sexo, edad de la adopción, fecha de la adopción, país de origen del menor y adopción múltiple¹⁵ del “Libro de registro por menores y año” custodiado por el IMMF. Se registraron un total de 1932 menores adoptados por 1759 familias. Tras calcular la edad de adopción de cada menor se seleccionaron aquellas familias que hubieran adoptado al menos un menor con más de tres años de edad en el momento de la adopción. Los números de expediente correspondientes a cada menor se utilizaron tan sólo para la elección de la muestra y la búsqueda de su dirección postal. Posteriormente se destruyó toda la información identificativa y se asignó a cada familia un nuevo número codificado.

Este registro permitió, además de la selección de los sujetos, tener información sociodemográfica básica sobre la población total de la que proviene la muestra de estudio y, por consiguiente, sobre la representatividad de la muestra final y algunos posibles sesgos de respuesta (ver Análisis de la representatividad de la muestra; pág. 199).

De las 1759 familias que adoptaron internacionalmente entre 1999 y 2001, 611 familias cumplieron el criterio de haber adoptado al menos un menor de más de tres años de edad. De estas familias, 8 fueron categorizadas como “truncadas” (Berástegui 2003b) y en tres casos, el número de expediente no coincidía con ninguna dirección postal. Finalmente se enviaron 600 cuestionarios de los que se recibieron 167 lo que implica una tasa de respuesta del 27,8%. Hubo que eliminar un cuestionario por no ajustarse al criterio de edad por lo que el número final de cuestionarios con los que trabajamos fue de 166 que supone un 27,17% de las familias de la población estudiada.

5.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación de campo consiste en un diseño correlacional, específicamente en un diseño retrospectivo de grupo único (León y Montero, 2001) en el que se ha aplicado la técnica del modelado de ecuaciones estructurales o modelos causales (“*Structural Equation Modelling*”, SEM)

¹⁵ Se refiere a la adopción de más de un menor (generalmente hermanos entre sí) en el mismo proceso.

El análisis estadístico de los modelos causales ha resultado ser enormemente interesante para los estudios de familia entendiéndose como modelos sistémicos. Si bien es cierto que en un diseño de corte transversal como el que presenta este estudio no existe separación temporal entre las medidas, lo que dificulta en muchos casos la elaboración de inferencias causales estrictamente hablando, Bentler (1980) propone entender estos modelos como modelos sistémicos o modelos de proceso lo que, en parte, reduciría esta dificultad.

Las ventajas más importantes de este tipo de análisis en la investigación que nos ocupa son las siguientes (Gaviria, 2003; Lavee y cols., 1985):

- a) Permite probar la validez estadística de un modelo teórico.
- b) Analiza las relaciones simultáneas entre las variables del modelo.
- c) Estima los parámetros del modelo para determinar la significación de cada relación y la fuerza de la influencia de cada factor.
- d) Permite diferenciar entre efectos directos e indirectos dando sentido a la intervención de las distintas variables en el modelo.
- e) Permite el trabajo con variables latentes (no directamente observables).
- f) Admite la existencia de errores de medida y de covariación entre residuos a diferencia del análisis de senderos o “*path analysis*”.
- g) Permite el análisis de modelos con variables no medidas.

5.5. PROCEDIMIENTO

La recogida de datos se hizo por medio de autoinformes de la familia con respecto a su proceso de adaptación que contestaron los padres (uno o ambos) ayudados de las instrucciones de cada sección del cuestionario y de una pequeña guía para el participante. Este método de obtención de datos ha sido ampliamente utilizado en los estudios de adopción (Dalen, 2003).

Los sujetos cumplimentaron el autoinforme en su propio domicilio lo que permitió el acceso a un número de sujetos muy amplio, necesario para el tipo de análisis de datos que queríamos llevar a cabo.

Desde el principio de la investigación se contó con la estrecha colaboración del IMMF que permitió el acceso a los archivos de adopción internacional así como se encargó del envío de los cuestionarios a las familias. Los sobres enviados por el IMMF contenían:

- Una carta del IMMF invitando a la participación y explicando los propósitos de estudio.
- Una guía de participación elaborada por el equipo de investigación en la que se explicaban de nuevo los propósitos del estudio, se daban algunas claves para la cumplimentación del cuestionario y se contestaban a las preguntas más previsibles.

- Un sobre prefranqueado y dirigido a un apartado de correos de la Universidad Pontificia Comillas.
- El “*Cuestionario de adaptación familiar a la adopción internacional*”.
- Un sobre a parte para rellenar con datos personales en el caso de estar dispuesto a colaborar en futuras investigaciones.

El “*Cuestionario de adaptación familiar a la adopción internacional*” (ver anexo de instrumentos) está diseñado en forma de cuadernillo en el que se pide al sujeto que, a través de diversos tests de respuesta cerrada, conteste a cinco preguntas fundamentales: a) ¿Cómo es su familia?; b) ¿Cómo fue su proceso de adopción?; c) ¿Que retos ha enfrentado en su proceso de adopción?; d) ¿Cómo ha hecho frente a dichos retos? y e) ¿Cómo ha evolucionado su hijo?

Tras los dos primeros apartados que recogían datos objetivos sobre la familia y el proceso, gran parte del cuestionario se dirigía al proceso de adaptación de un menor en concreto por lo que se pidió que codificaran el sexo y la edad del menor sobre el que se iba a contestar la encuesta, paso especialmente importante para las familias que habían adoptado más de un menor en el mismo proceso.

Se cuidó mucho, en la elaboración del cuestionario, que el formato fuera atractivo ya que parece demostrado que la tasa de respuesta a los cuestionarios así presentados es mucho mayor que a aquellos con una presentación más sobria u oficial (Festinger, 2002).

Una vez elaborado el cuestionario “piloto” se pidió a dos familias adoptantes que lo contestaran y anotaran las dificultades de comprensión de las instrucciones o del texto. Tras sus críticas, referidas por lo general más lenguaje que a los contenidos, se hicieron las últimas correcciones para la elaboración del cuestionario final.

5.6. VARIABLES E INSTRUMENTOS

El “*Cuestionario de Adaptación Familiar a la Adopción Internacional*” está formado por cinco cuestionarios que contienen siete escalas diferentes: el “*Índice de Estrés Adoptivo*” (IEA) el “*Cuestionario de percepción de la situación adoptiva*” (PSA) -que contiene la “*Escala de expectativas de adaptación*” y la “*Escala de adaptación familiar a la adopción internacional*”- la “*Escala de evaluación personal del funcionamiento familiar en situaciones de crisis*” (F-COPES), la “*Escala de parentalidad*” (PS) y el CBCL -que pedía responder al listado de conducta del menor dos veces, una para los primeros seis meses de convivencia con el menor y otra para los últimos seis meses-. Los dos primeros cuestionarios son de elaboración propia.

5.6.1. IEA: ÍNDICE DE ESTRÉS ADOPTIVO

Este instrumento ha sido elaborado en el marco de la investigación inspirado en el “*Índice de estrés parental*” (“*Parenting Stress Index*”, Abidin, 1990). Está com-

puesto de 58 ítems que tratan de expresar diferentes retos o dificultades que, según la teoría anteriormente descrita, se pueden presentar en el proceso de adaptación como familia adoptiva.

La escala ofrece información sobre tres aspectos diferenciales:

- a) Qué sucesos potencialmente estresantes vive la familia en su proceso de adaptación.
- b) La acumulación de estos estresores que vive la familia.
- c) El grado en que la familia vive dichos sucesos como generadores de estrés.

La estructura del cuestionario se compone de siete factores (transición normativa a la parentalidad, proceso de vinculación, transición a la parentalidad adoptiva, proceso, fuentes de estrés intrafamiliares, fuentes de estrés extrafamiliares y características del menor) que, a su vez, se subdividen en 18 subfactores que quedan detallados a continuación.

En la redacción inicial del cuestionario se elaboraron tres ítems, de distinta dificultad, para cada subfactor teórico propuesto, salvo en el factor de características del menor en el que se recogen diferentes necesidades o características especiales sin tratar de establecer una gradación entre ellas.

Los ítems redactados para cada subfactor y su nivel de intensidad quedan reflejados en la Tabla 5.

TABLA 5: REDACCIÓN DE LOS ÍTEMS DEL ÍNDICE DE ESTRÉS ADOPTIVO EN FUNCIÓN DE LA ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO.

Factor/Subfactor/Ítems

Transición normativa a la parentalidad (TRANS)

Restricción de rol (ROL)

IEA20 Mi vida está ahora supeditada a las necesidades de mi hijo.

IEA37 El niño me ocupa todo el tiempo de que dispongo.

IEA42 Desde que mi hijo está en casa no tengo tiempo para estar solo.

Aumento del trabajo en casa (TRB)

IEA4 Ha aumentado mucho el volumen de trabajo en el hogar desde que está mi hijo.

IEA27 A veces no me da tiempo a hacer todo lo que hace falta en casa desde que está mi hijo.

IEA50 Ser padre supone una carga excesiva de trabajo para mí.

Cambio en la dinámica familiar (CBIO)

IEA16 Ha sido necesario crear nuevas rutinas en la vida familiar desde que llegó nuestro hijo.

IEA21 Desde que nuestro hijo llegó no podemos hacer las mismas cosas que hacíamos antes.

IEA55 La llegada de mi hijo ha supuesto un cambio radical en la vida familiar.

Aumento de la fatiga (FAT)

IEA35 Estoy más cansado que antes.

IEA48 Me encuentro mal físicamente desde que adopté.

IEA53 Duermo menos que antes.

TABLA 5: REDACCIÓN DE LOS ITEMS DEL ÍNDICE DE ESTRÉS ADOPTIVO EN FUNCIÓN DE LA ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO (CONT.).

Factor/Subfactor/Items

Proceso de vinculación (VINC)

No reconocimiento como padres (REC)

IEA10 Alguna vez no me he sentido reconocido como padre/madre por mi hijo.

IEA29 A veces mi hijo dice que se quiere ir de casa.

IEA56 Alguna vez mi hijo me ha echado en cara que no soy su padre.

Dificultades de expresión de los afectos (AFEC)

IEA17 A veces pienso que mi hijo no me quiere.

IEA30 A mi hijo le cuesta mucho demostrar afecto.

IEA45 Mi hijo rechaza el contacto físico con algún miembro de la familia.

Desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja (DSQ)

IEA3 Mi hijo sólo se relaciona con personas de un sexo.

IEA8 Mi hijo siente una clara predilección por uno de los miembros de la pareja.

IEA14 Mi hijo sólo se relaciona con uno de los dos miembros de la pareja.

Transición a la parentalidad adoptiva (ADOPT)

Infertilidad (INF)

IEA13 Pienso que si X fuera hijo biológico mío todo sería distinto.

IEA2 Todavía me siento herido o frustrado por no poder tener hijos biológicos.

IEA19 Me siento mal por mi infertilidad o la de mi pareja.

Presencia de la familia biológica (BIOL)

IEA11 La familia biológica de mi hijo ha intentado ponerse en contacto con él.

IEA24 A veces pienso que la familia biológica de mi hijo puede aparecer en cualquier momento.

IEA46 Mi hijo habla a veces de su familia biológica.

Estigmatización (STG)

IEA1 Algún familiar o amigo cercano ha manifestado rechazo hacia mi hijo.

IEA15 Se han presentado episodios de racismo/ xenofobia hacia mi hijo.

IEA36 Siento que la gente me mira por la calle cuando voy con mi hijo.

Dificultades de inserción cultural (CULT)

IEA25 Le ha costado acostumbrarse a su entorno.

IEA41 Hemos tenido algunos problemas para entendernos con X a causa del idioma.

IEA34 X tenía costumbres extrañas para nosotros cuando llegó.

Proceso (PRC)

Dificultades con las distintas entidades mediadoras (PRCS)

IEA6 He tenido algunos problemas con la ECAI o con el IMMF durante la adopción.

IEA23 Me he sentido defraudado y engañado en el proceso de adopción.

IEA31 Creo que me han hecho tomar algunas decisiones muy precipitadamente en el proceso.

TABLA 5: REDACCIÓN DE LOS ÍTEMES DEL ÍNDICE DE ESTRÉS ADOPTIVO EN FUNCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LOS ÍTEMES DEL CUESTIONARIO (CONT.).

Factor/Subfactor/Ítems

Falta de información adecuada durante el proceso (INFO)

- IEA18 Creo que en el país de origen escondieron información importante sobre mi hijo.
 IEA40 La ficha de preasignación era insuficiente para conocer el estado de mi hijo.
 IEA57 Pienso que me falta información imprescindible para comprender a mi hijo.

Interpersonales (INTERP)

Dificultades de pareja (PIA)

- IEA38 Desde que somos padres han aumentado nuestros problemas de pareja.
 IEA43 Es difícil encontrar tiempo para la pareja teniendo un hijo.
 IEA51 Mi pareja y yo discutimos más desde que nuestro hijo está con nosotros.

Dificultades entre los hermanos (HNOS)

- IEA5 Mis otros hijos tienen más problemas desde que adoptamos a X.
 IEA9 Mi hijo y sus otros hermanos discuten y se pelean mucho.
 IEA28 Han surgido problemas de celos entre mi hijo y sus hermanos.

Dificultades específicas de la monoparentalidad (MONO)

- IEA22 Echo de menos tener una pareja en el cuidado de mi hijo.
 IEA39 He tenido algunas dificultades por el hecho de cuidar solo de mi hijo.
 IEA44 En ocasiones me siento muy solo por el hecho de no compartir mi maternidad.

Extrafamiliares (EXTRAF)

Adaptación escolar (ESC)

- IEA26 He tenido alguna reunión con el profesor de mi hijo a causa de sus dificultades.
 IEA49 Algunos problemas me han hecho pensar en cambiar a mi hijo de colegio.
 IEA54 He tenido que afrontar algunos problemas en el colegio de mi hijo.

Características especiales del menor (NNO)

Necesidades especiales del menor (NESP)

- IEA32 Mi hijo tiene alguna minusvalía psíquica.
 IEA33 Pienso que mi hijo tiene algún trastorno que no ha sido diagnosticado.
 IEA58 Mi hijo tiene alguna enfermedad crónica.
 IEA7 Mi hijo tiene alguna minusvalía física.

Otras características especiales (CESP)

- IEA12 La edad de mi hijo ha planteado alguna dificultad en su adaptación.
 IEA52 He adoptado más de un niño a la vez.
 IEA47 Mi hijo tiene problemas de conducta.

En la tabla se detallan los distintos factores y subfactores teóricos del índice de estrés adoptivo así como los ítems que se redactaron inicialmente para medirlos ordenados de menor a mayor intensidad. El número que precede a cada ítem responde al orden en el que fue colocado en el instrumento final.

Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta: 0) no se ha dado; 1) se ha dado; dificultad leve; 2) se ha dado; dificultad moderada; 3) se ha dado; dificultad grave. El orden de los ítems en la escala final fue establecido al azar.

5.6.2. PSA: PERCEPCIÓN DE LA SITUACIÓN ADOPTIVA

El cuestionario consta de 16 ítems con seis posibilidades de respuesta (de muy de acuerdo a muy en desacuerdo) que forman parte de dos escalas independientes: a) “Escala de expectativas de adaptación” y b) “Escala de adaptación familiar a la adopción internacional”. Todos los ítems fueron redactados en positivo para contrarrestar el posible efecto patologizante y desmotivador de la escala anterior y fueron ordenados al azar mezclando los ítems de ambas escalas.

ESCALA DE EXPECTATIVAS DE ADAPTACIÓN

Se construyó para valorar dos factores independientes:

- a) el grado en el que los padres tiene un sentimiento de autoeficacia y control frente a su papel que denominamos *expectativas de control*;
- b) el grado en el que los padres consideran que los retos que se presentan en su proceso de adaptación eran previsibles y conocidos para ellos antes de adoptar que denominamos *confirmación de expectativas*.

Se redactaron cuatro ítems para medir cada factor tal y como queda reflejado en la Tabla 6.

TABLA 6: REDACCIÓN DE LOS ÍTEMES DE LA ESCALA DE EXPECTATIVAS DE ADAPTACIÓN EN FUNCIÓN DE LA ESTRUCTURA TEÓRICA DEL CUESTIONARIO.

Factor	Ítem
Expectativas de control	PSA6 Me siento capaz de hacer que mi hijo se sienta querido.
	PSA7 Me siento capaz de resolver problemas de educación.
	PSA10 Pienso que soy una buena madre/padre.
	PSA11 Ser madre está resultando más fácil de lo que yo esperaba.
Confirmación de expectativas	PSA1 Antes de adoptar ya sabía que podían presentarse situaciones así.
	PSA3 El comportamiento de X es esperable para su edad y sexo.
	PSA5 Me había imaginado que ser padre a sería más o menos así.
	PSA16 Viendo la ficha de preasignación se podían prever las dificultades.

En la tabla se resumen los factores que componen la escala de expectativas de adaptación y los ítems que fueron redactados para medirlos. El número que precede a cada ítem responde al orden en el que fue colocado en la escala final.

ESCALA DE ADAPTACIÓN FAMILIAR A LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL

Se construyó para medir dos factores independientes:

- a) el grado en el que la familia percibe que la familia ha integrado al nuevo miembro y que el proceso de adaptación inicial ha culminado que denominaremos *percepción de la adaptación*;
- b) el grado en el que la familia siente que la adopción ha comportado consecuencias positivas para sus miembros que denominaremos *interrelación positiva*.

Se redactaron cuatro ítems para medir cada factor como queda detallado en la Tabla 7, inspirados en algunas escalas e ítems de satisfacción con la experiencia adoptiva (Berry y Barth, 1989).

TABLA 7: REDACCIÓN DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA DE ADAPTACIÓN FAMILIAR A LA ADOPCIÓN EN FUNCIÓN DE LA ESTRUCTURA TEÓRICA DEL CUESTIONARIO.

Factor	
Percepción de la adaptación	PSA2 Creo que mi hijo se ha adaptado satisfactoriamente a la familia.
	PSA9 Mi hijo ya es uno más de la familia.
	PSA13 Si pudiéramos volver atrás volveríamos a adoptar a X.
	PSA15 Todos estamos contentos de haber adoptado a X.
Interrelación positiva	PSA8 Merece la pena adoptar a pesar de las dificultades.
	PSA4 La vida familiar se ha enriquecido desde que está X.
	PSA14 Tengo muy buenos momentos con mi hijo.
	PSA12 Ser padre de este hijo me hace sentir bien.

En la tabla se resumen los factores que componen la escala de adaptación familiar a la adopción y los ítems que fueron redactados para medirlos. El número que precede a cada ítem responde al orden en el que fue colocado en la escala final.

5.6.3. F-COPES: ESCALA DE EVALUACIÓN PERSONAL DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN SITUACIONES DE CRISIS

Esta escala fue desarrollada por McCubbin, Olson y Larsen (1981) con el objetivo de identificar las estrategias conductuales utilizadas por las familias frente a una situación de crisis determinada. Cuenta con 30 ítems con cinco posibilidades de respuesta en función de la frecuencia de uso de cada estrategia. Las escalas que mide el cuestionario y los ítems que las conforman quedan detalladas en la Tabla 8.

TABLA 8: FACTORES E ÍTEMS DEL F-COPES**a) Adquisición de apoyo social.**

Mide la habilidad de la familia para dedicarse activamente en la adquisición de apoyo de parientes, amigos, vecinos y familia extensa.

- 1 Compartir nuestras dificultades con familiares.
- 2 Solicitar ánimo y apoyo de los amigos.
- 5 Solicitar consejo de parientes (abuelos, etc.).
- 8 Recibir favores y servicios de los vecinos (quedarse con los niños, hacer la comida, recoger el correo).
- 10 Pedir a los vecinos favores y asistencia (consejo, apoyo moral, compañía...).
- 16 Compartir preocupaciones con amigos íntimos.
- 20 Reunirse con familiares (salir juntos, cenar...).
- 25 Preguntar a familiares qué piensan acerca de los problemas que tenemos.
- 29 Compartir problemas con vecinos.

b) Restructuración positiva:

Valora la capacidad de la familia para redefinir los sucesos estresantes con el fin de hacerlos más manejables.

- 3 Saber que tenemos la capacidad de resolver problemas importantes.
- 7 Saber que la propia familia tiene fuerza suficiente para resolver los problemas.
- 11 Afrontar los problemas razonando e intentar conseguir soluciones correctas.
- 13 Demostrar que somos fuertes.
- 15 Aceptar los problemas como algo natural.
- 19 Aceptar que las dificultades ocurren inesperadamente.
- 22 Creer que nosotros podemos manejar nuestros propios problemas.
- 24 Definir los problemas familiares de una forma más positiva de modo que no nos desanimen demasiado.

c) Búsqueda de apoyo espiritual:

Evalúa la habilidad de la familia para adquirir apoyo espiritual.

- 14 Acudir a actos religiosos.
- 23 Participar en actividades de mi comunidad religiosa.
- 27 Solicitar consejo de un guía espiritual (sacerdote, pastor, imán, rabino...).
- 30 Tener fe.

d) Movilización familiar para adquirir y aceptar ayuda:

Mide la habilidad familiar para buscar recursos comunitarios y aceptar ayuda de otros.

- 4 Solicitar información y consejo de otras familias que han afrontado el mismo o similares problemas.
- 6 Buscar ayuda en Servicios Sociales (IMMF u otros recursos públicos).
- 9 Solicitar información y consejo del médico de cabecera.
- 21 Solicitar orientación profesional y ayuda para las dificultades familiares.

TABLA 8: FACTORES E ÍTEMS DEL F-COPES (CONT.)

e) Valoración pasiva:

Valora la habilidad de la familia para aceptar los sucesos problemáticos minimizando la reactividad de la familia.

12 Ver la televisión.

17 Saber que la suerte juega un gran papel al resolver los problemas familiares.

26 Pensar que haga lo que haga para prepararme tendré igualmente dificultades al enfrentarme a los problemas.

28 Creer que dejando pasar el tiempo el problema se resolverá.

En la tabla se incluyen las distintas subescalas con la redacción final de los ítem y el número de orden que tenían asignado.

Se utilizó la adaptación al castellano de Serra y Ruano (1993) que incluye dentro de la búsqueda de apoyo social un último ítem referido a la búsqueda de apoyo entre los compañeros de trabajo. Además se cambió la redacción de los ítems referentes a la búsqueda de apoyo espiritual de manera que pudieran ser contestados por personas de diferentes credos y en la movilización familiar para buscar apoyo se incluyó como ejemplo del ítem 6 la búsqueda de ayuda en el IMMF.

5.6.4. PS: ESCALA DE PARENTALIDAD

Esta escala fue desarrollada inicialmente por Arnold, O'Leary, Wolf y Acker, (1993) con el título original de "*Parenting Scale*" para medir la disciplina parental en padres de preescolares a través de la identificación de los errores educativos que pueden contribuir a cierta ineficacia en la disciplina de los menores. En esta investigación trabajaremos con la traducción hecha de la versión de Irvine, Biglan, Smolowsky y Ary (1999) que adapta el cuestionario inicialmente dirigido a niños de 18 a 48 meses a población escolar. Esta adaptación incluye tres factores o errores educativos fundamentales:

- a) *Sobre reactividad*: incluye aquellas prácticas de disciplina más coercitivas.
- b) *Laxitud*: describe las prácticas parentales permisivas e inconsistentes.
- c) *Monitorización*: evalúa el grado en el que los padres están pendientes y conocen lo que está haciendo el menor en cada momento. Este factor tendría una relación inversa con los precedentes ya que no se considera un error educativo sino una práctica parental adaptativa. Este factor está medido en el PS por un único ítem.

Cada ítem está precedido por una explicación situacional y se contesta en una escala del 1 (polo funcional del continuo) al 7 (polo disfuncional del continuo). La estructuración de los ítems por escalas queda recogida en la Tabla 9.

TABLA 9: FACTORES E ÍTEM DE LA ESCALA DE PARENTALIDAD

Factor laxitud

1. Cuando le hago una advertencia a mi hijo o le amenazo con algo (*a menudo lo dejo pasar/ siempre cumplo lo que digo*)
2. Si mi hijo se siente mal cuando le digo que no (*me echo para atrás y cedo/ mantengo lo que he dicho*)
3. Cuando mi hijo no hace lo que le pido (*muchas veces le dejo ir o termino haciéndolo yo/ tomo medidas*)
4. Cuando le digo a mi hijo que no puede hacer algo (*dejo que lo haga de todas maneras/ mantengo lo que he dicho*)
5. Si decir que "no" no funciona (*hago alguna otra cosa / ofrezco a mi hijo algo bueno o divertido para que haga*)
6. Cuando mi hijo hace algo que no me gusta (*hago algo al respecto cada vez que ocurre/ a menudo le dejo marcharse*)

Factor sobrereactividad

7. Cuando mi hijo se porta mal (*levanto la voz o grito/ le hablo a mi hijo con calma*)
8. Cuando mi hijo se porta mal (*maneja la situación sin sentirme mal/ me frustró o me enfadó tanto que mi hijo puede notarlo*)
9. Cuando hay un problema con mi hijo (*las cosas van saliendo y hago cosas que no quería hacer/ las cosas no se me van de las manos*)
10. Cuando mi hijo hace algo que no me gusta le insulto, digo palabrotas o le llamo a gritos (*nunca o raramente/ la mayoría de las veces*)
11. Cuando mi hijo se porta mal (*normalmente me meto en una larga pelea con él /lo ignoro*)
12. Cuando me siento estresado o mal (*estoy susceptible o mal "encima" de mi hijo/ no estoy más susceptible que de costumbre*).

Ítem de monitorización

13. Cuando no tengo a mi hijo a la vista (*a menudo no sé lo que está haciendo/ siempre tengo idea de lo que mi hijo está haciendo*)

En la tabla aparece la redacción final de los ítem (traducidos del original por la autora) y su estructuración por factores. Entre paréntesis se expresan los dos polos del continuo separados por una barra. *=ítem inverso.

Algunos autores apuntan a que los padres adoptantes, por una cierta familiarización con el lenguaje educativo (a través de la valoración y la selección) y un cierto rechazo a ser evaluados, tienden a contestar este tipo de cuestionarios desde lo que se espera de ellos (Lunken, 1995). Este pequeño cuestionario permite medir la conducta educativa de los padres en situaciones hipotéticas ente las que la mejor respuesta no es siempre evidente, minimizando así tanto la reactividad de los padres como el efecto de la deseabilidad social que podría estar afectando a las

puntuaciones en escalas de mayor prestigio y uso más frecuente como el EMBU o el BURI (Arnold y cols., 1993; Irvine y cols., 1999).

Por otro lado, la mayoría de las escalas de estrategias educativas están diseñadas para clasificar a las familias dentro del esquema clásico de los estilos educativos (democrático, autoritario, permisivo y negligente) mientras que el PS ofrece dos dimensiones continuas e independientes que se adecuan más a la técnica de análisis de datos a aplicar y, a su vez, están íntimamente relacionadas con los estilos educativos clásicos. En este sentido el factor “sobrereactividad” incluye las prácticas de disciplina coercitivas, propias del modelo autoritario de la teoría clásica sobre estilos educativos y el factor “laxitud” describe las prácticas parentales permisivas e inconsistentes, propias del modelo permisivo de la teoría clásica sobre estilos educativos.

Hay que tener en cuenta que este cuestionario mide la disfuncionalidad de las intervenciones educativas y no su funcionalidad por lo que las relaciones de la medida operativa serán opuestas a las propuestas por el modelo con respecto a los estilos educativos funcionales.

5.6.5. CBCL: LISTADO DE CONDUCTA INFANTIL

Este cuestionario, inicialmente desarrollado por (Achenbach y Edelbrock, 1983) es quizás el más utilizado en el estudio de los problemas de adaptación y ajuste psicológico de los niños adoptados tanto nacional como internacionalmente (Berry y Barth, 1989; Brodzinsky y Brodzinsky, 1992; Brodzinsky y cols., 1984; Brodzinsky y cols., 1987; Fisher y cols., 1997; Geerars, Hoksbergen y Rooda, 1996; Haugaard, 1998; Hoksbergen, 1997b; Hoksbergen y cols., 1988; Lipman y cols., 1992; Logan y cols., 1998; Smith y cols., 1998; Verhulst y Van der Ende, 1992; Verhulst y Versluisden Bieman, 1990; etc.).

Una de las ventajas de usar el CBCL es que establece los desórdenes comportamentales o emocionales establecidos como variables continuas, constituyéndose gradientes dentro de los síndromes, según el grado en el que se manifiestan o no los rasgos que forman dichos trastornos (López, García, Murcia y cols., 1995). Esta concepción taxonómica de la adaptación psicológica frente a la dimensional de las clasificaciones diagnósticas clásicas (CIE-X o DSM-IV) permite, en primer lugar, tener una perspectiva clara sobre todas las dimensiones de la conducta del niño y graduar su nivel de adaptación o patología con respecto a las muestras normativas. Adicionalmente, ofrece una medida continua adecuada para el análisis de datos propuesto en esta investigación.

El CBCL está compuesto por 20 ítems de habilidades sociales y un listado de 118 problemas de conducta con tres alternativas de respuesta (nunca, a veces, siempre o casi siempre). Este listado de conductas se agrupa en ocho síndromes de banda estrecha (problemas de comunicación, quejas somáticas, problemas de

ansiedad, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de hiperactividad, problemas de conducta delincuente, problemas de conducta agresiva, problemas sexuales) agrupados -diferencialmente para varones y mujeres- en dos síndromes de banda ancha (externalizante e internalizante). Moreno y Barrio (1997) establecen un solo baremo para niños y niñas en muestra española de 4 a 5 años por no haber encontrado diferencias significativas entre ambos grupos. También se utiliza la misma estructuración teórica de los síndromes para niños y niñas tal y como es propuesto en la hoja de corrección del cuestionario (Tabla 10; Achembach, 2000).

TABLA 10: SÍNDROMES DERIVADOS DEL CBCL

INTERNALIZANTE	(Mixtos)	EXTERNALIZANTE	Otros
Aislamiento	P. sociales	Conducta delincuente	Otros problemas
Quejas somáticas	P. de pensamiento	Conducta agresiva	P. sexuales
Ansiedad/Depresión	P. de atención		

En la primera columna aparecen los síndromes de banda estrecha que pertenecen al síndrome internalizante, en la segunda columna los síndromes mixtos, en la tercera estrecha los que pertenecen al síndrome externalizante y la última columna recoge otros tipos de problemas. P.=problemas.

El total de problemas de conducta tiende a la distribución normal con una ligera curtosis izquierda en población normativa (del Barrio y Moreno, 1997). También es importante destacar que los baremos del CBCL incluyen unos puntos de corte tanto por subescalas como para la puntuación total a partir de los cuales se sitúan los niveles de conducta que podríamos considerar patológicos, lo que puede servirnos de referencia a la hora de describir la conducta de nuestra muestra en relación a la población normativa de los autores (Achenbach, 2000).

Con el objetivo de hacer una evaluación genérica de la adaptación psicosocial de los menores, tan sólo se aplica el listado de 118 ítems de problemas de conducta sin atender a las escalas previas de habilidades sociales. A pesar de la longitud del cuestionario, este puede ser completado por los padres en un tiempo aproximado de 15-30 minutos (Sardinero, Pedreira y Muñiz, 1997). Adicionalmente, el hecho de preguntar por conductas específicas puede reducir los sesgos psicopatológicos que se aplican a la conducta del adoptado. (Wierzbicki, 1993).

Por otro lado, al no contar con ninguna medida estandarizada del comportamiento de los menores de manera previa a la adopción, introdujimos una ligera modificación en el modo de respuesta del CBCL pidiendo que se consignen tanto la ocurrencia como la frecuencia de una conducta determinada en dos momentos diferentes: en los últimos 6 meses, tal y como indican Achembach y Edelbrock (1983) en el cuestionario original y en los primeros 6 meses de llegar, asumiendo los posibles sesgos que puedan acarrear esta visión retrospectiva de la conducta

del menor al llegar tal y como hicieron Berry y Barth (1989) al aplicar el cuestionario de la misma manera. Estos autores argumentan que la especificidad de los ítems del CBCL puede reducir el efecto de contaminación que ejercen los sucesos acaecidos en la memoria del sujeto.

Al igual que ocurre con la medida operativa de los estilos educativos, las puntuaciones altas en el CBCL para los últimos seis meses (CBCL-post) indicarían una menor adaptación psico-social del menor por lo que la dirección de las relaciones en el modelo operativo serán opuestas a la propuestas por el modelo teórico.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

6.1. ANÁLISIS DE LA REPRESENTATIVIDAD DE LA MUESTRA

Para analizar si ha habido algún sesgo en nuestra muestra hemos comparado las variables disponibles en el registro de menores adoptados (tipo de familia, edad de adopción del menor, país de origen del menor y entidad que tramitó la adopción) del total de la población con nuestra muestra.

6.1.1. TIPO DE FAMILIA

Si analizamos el tipo de familia entre la población y la muestra observamos que en la población de familias que adoptaron un mayor de tres años entre 1999 y 2001, el 86,02% son biparentales y el 13,98% monoparentales (el 13,16% encabezadas por una mujer y el 0,8% encabezadas por un varón) mientras que en nuestra muestra el 79,39% son biparentales y el 20,61% monoparentales (el 20% monoparentales encabezadas por una mujer y el 0,61% monoparentales encabezadas por un varón) (Tabla 11).

TABLA 11: CUADRO COMPARATIVO DE LOS TIPOS DE FAMILIA ENTRE LA POBLACIÓN TOTAL DE ADOPCIONES (1999-2001) Y LA MUESTRA.

	No contestan	Contestan	Población (Total)
Biparental	88,49	79,39	86,02
Monoparental	11,51	20,61	13,98
Total	100,00	100,00	

En la tabla se indican los porcentajes por columna. La población se refiere al total de adoptados mayores de tres años.

Existen diferencias significativas entre los sujetos que contestan y los que no contestan al cuestionario de manera que un mayor porcentaje de familias mono-parentales contestaron al cuestionario y un mayor número de biparentales no lo hicieron ($\chi^2=41,086$; g.l.=1; $p<0,005$).

6.1.2. EDAD DE LA ADOPCIÓN

La media de edad de los niños mayores de tres años adoptados entre 1999 y 2001¹⁶ es de $\bar{X}=6,07$ y la de nuestra muestra de $\bar{X}=5,78$ no encontrándose diferencias significativas entre ambos grupos (U de Mann-Witney¹⁷=44623; $p=0,709$).

6.1.3. PAÍS DE ORIGEN

No encontramos diferencias significativas en los países de origen de los menores entre los que contestan y los que no contestan a los cuestionarios ($\chi^2=7,008$, g.l.=8; $p>0,05$). El contraste binomial nos muestra que fueron más las familias adoptantes en Rusia, Rumanía, Bulgaria, India y de otros países que contestaron que las

TABLA 12: CUADRO COMPARATIVO DE LOS PAÍSES DE PROCEDENCIA DE LOS MENORES ENTRE LA POBLACIÓN TOTAL DE ADOPCIONES (1999-2001) Y LA MUESTRA.

	No contestan	Contestan	Población (Total)	Z	
Rusia	22,92	21,69	22,59	5,62	***
Rumania	19,55	17,47	18,99	5,39	***
Colombia	10,79	15,66	12,11	2,56	*
Bulgaria	11,91	10,24	11,46	4,30	***
India	10,56	7,83	9,82	4,39	***
Ucrania	4,72	6,63	5,24	1,94	
Perú	4,72	6,02	5,07	2,16	***
China	2,92	4,82	3,44	1,31	
Otros	11,91	9,64	11,29	4,45	***
Total	100,00	100,00	100,00		

En la tabla se muestran los porcentajes por columna. Otros incluye los países que no han superado un 2% del porcentaje para ninguno de los grupos como son: Bielorrusia, Bolivia, Brasil, Chile, Cisjordania, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Etiopía, Guatemala, Haití, Honduras, Hungría, Malawi, Mali, Marruecos, México, Mozambique, Nicaragua, Panamá, Polonia, República Dominicana, Venezuela y Vietnam. En la última columna se incluye el valor del contraste binomial (z) y su nivel de significación siendo * $p<0,05$; *** $p<0,001$.

¹⁶ Se tomó la edad del mayor de los hermanos en las adopciones múltiples en el análisis de los datos poblacionales.

¹⁷ A partir de ahora U.

que no contestaron mientras que fueron más las familias que adoptaron en Colombia y Perú que no contestaron frente a las que contestaron. Entre las familias que adoptaron en Ucrania o China no encontramos diferencias en la tasa de respuesta (Tabla 12).

6.1.4. ENTIDAD QUE TRAMITÓ LA ADOPCIÓN

No parecen existir diferencias significativas en cuanto a la entidad que tramitó la adopción entre las familias que no contestaron al cuestionario y las que sí lo hicieron. ($\chi^2=7,670$, g.l.=12; $p>0,1$).

6.2. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

6.2.1. DATOS DE APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO

Un 57,2% aporta sus datos personales para colaborar en futuros estudios mientras que un 42,8% de los padres no lo hacen.

Un 65,4% de los cuestionarios es contestado por la madre, un 30,2% por el padre, y un 4,3% indican que ambos han contestado el cuestionario.

6.2.2. DATOS DEL MENOR

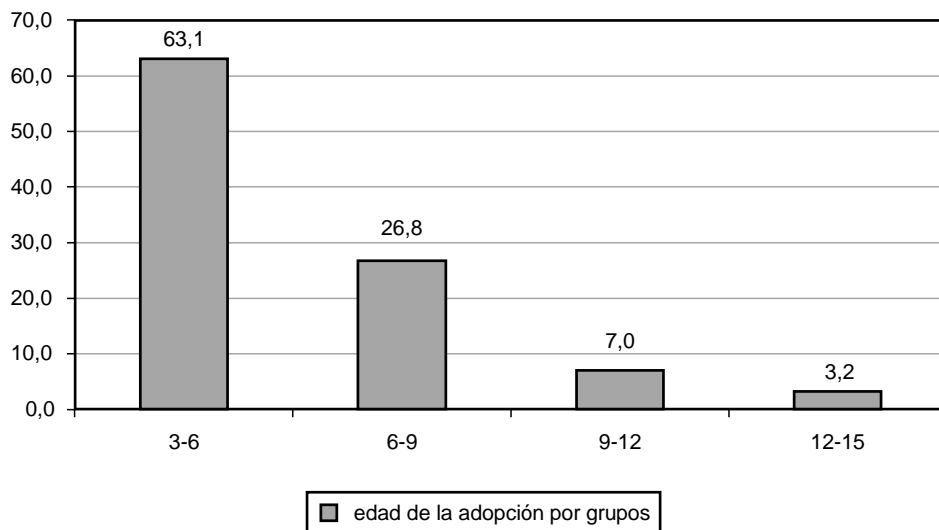
SEXO Y EDAD

Los menores “objetivo” en el estudio eran niños en un 53,7% de los casos y niñas en un 46,3%.

La media de edad en el momento de la adopción es de 5,6 años ($S_x=2,59$) y la media de edad en el momento del estudio de 8,4 años ($S_x=2,84$). Si analizamos a los menores por grupos de edad en el momento de la adopción vemos en el Gráfico 1, cómo un 63,1% de los menores tenían entre tres y seis años cuando fueron adoptados, un 26,8% entre seis y nueve años, un 7,0% entre nueve y doce y un 3,2% entre doce y quince años. Ningún menor de nuestra muestra fue adoptado con más de quince años de edad.

La edad media de los niños en el momento de la adopción es de 5,78 años y la de las niñas de 5,32 no existiendo diferencias significativas en la edad de adopción de los menores en función del sexo ($U=2665$; $p=0,150$). Tampoco existen diferencias significativas en la edad actual de los menores en función del sexo ($U=2942,5$; $p=0,185$).

GRÁFICO 3: EDAD DE LA ADOPCIÓN POR GRUPOS



En el gráfico se representa el porcentaje válido de menores por grupos de edad de la adopción.

PAIS DE PROCEDENCIA DEL MENOR

Los menores elegidos provenían de 18 países diferentes; un 21,7% procedía de Rusia, un 17,5% de Rumania, un 15,7% de Colombia, un 10,2% de Bulgaria, un 7,8% de India, un 6,6% de Ucrania, un 6,0% de Perú y un 4,8% de China (Tabla 13). El 9,6% restante procedía de países que no alcanzaron un porcentaje

TABLA 13: PAÍS DE PROCEDENCIA DEL MENOR ELEGIDO

	Porcentaje
Rusia	21,7
Rumania	17,5
Colombia	15,7
Bulgaria	10,2
India	7,8
Ucrania	6,6
Peru	6,0
China	4,8
Otros	9,6

En la tabla se muestra el porcentaje válido de menores procedentes de los distintos países.

superior al 1,5% en nuestra muestra; entre los que se encuentran Polonia, México, Marruecos, Hungría, Brasil, Honduras, Etiopía, Ecuador, Costa Rica y Bielorrusia.

País de origen y sexo

Vemos en la Tabla 14 que la distribución por sexo del menor de los distintos países de origen es desigual ($\chi^2=21,283$; g.l.=8; $p=0,006$). En los países de Europa del Este (Rusia, Rumania, Ucrania) la proporción de varones es mayor que la de mujeres mientras que en Colombia, Bulgaria, India, China y otros países esta proporción se invierte.

País de origen y edad de adopción

Encontramos diferencias significativas en al edad de adopción de los menores en función de su país de origen ($\chi^2=19,364$; g.l.=7; $p=0,007$).

TABLA 14: TABLA DE CONTINGENCIA PAÍS DE ORIGEN POR SEXO DEL MENOR.

	Varón	Mujer
Rusia	66,67	33,33
Rumania	58,62	41,38
Colombia	38,46	61,54
Bulgaria	76,47	23,53
India	46,15	53,85
Ucrania	72,73	27,27
Perú	40,00	60,00
China	0,00	100,00
Otros	42,86	57,14
Total	53,66	46,34

En la tabla se representan los porcentajes de fila.

Los menores que fueron adoptados con mayor edad fueron los peruanos ($\bar{X}=6,95$) que se diferencian significativamente de las chinas ($\bar{X}=3,91$; $U=7$; $p=0,003$), los rumanos ($\bar{X}=4,30$; $U=18$; $p=0,0001$) y los indios ($\bar{X}=4,62$; $U=21$; $p=0,006$). En segundo lugar encontramos a los menores rusos ($\bar{X}=6,31$) que también se diferencian de las chinas ($U=64$; $p=0,015$) y los rumanos ($U=270$; $p=0,005$). Además, las niñas chinas también fueron significativamente menores que los colombianos ($\bar{X}=5,66$; $U=46,5$; $p=0,040$) (Tabla 15).

TABLA 15: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA EDAD DE LOS MENORES EN EL MOMENTO DE SU ADOPCIÓN EN FUNCIÓN DEL PAÍS DE ORIGEN.

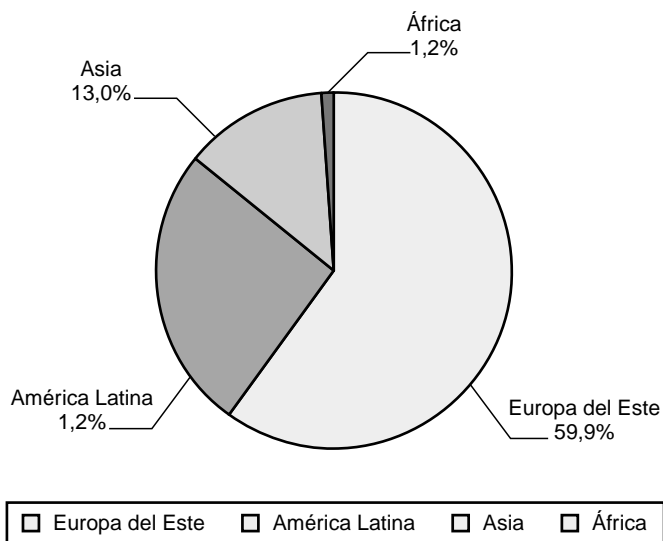
	\bar{X}	S_x
Rusia	6,31	2,61
Rumania	4,30	1,10
Colombia	5,66	2,14
Bulgaria	5,75	3,15
India	4,62	1,72
Ucrania	6,13	3,58
Peru	6,95	1,71
China	3,91	1,47
Otros	5,99	3,92
Total	5,56	2,59

En la tabla se describe la edad del menor en el momento de su adopción (media y desviación típica) en función del país de origen del mismo.

CONTINENTE DE PROCEDENCIA DEL MENOR

Si analizamos la procedencia de los menores por continentes encontramos que un 59,9% de los menores procedían de países del este, un 25,9% de América Lati-

GRÁFICO 4: CONTINENTE DE PROCEDENCIA DEL MENOR ELEGIDO.



Los gráficos representan los porcentajes válidos.

na, un 13,0% de países asiáticos (concentrados en China e India) y tan sólo un 1,2% de África tal y como queda reflejado en el Gráfico 4.

ADOPCIONES MÚLTIPLES

Un 18,7% de las adopciones objeto de estudio fueron múltiples (se adoptaron dos menores o más en el mismo periodo).

Adopción múltiple y edad de adopción

La media de edad de adopción es de 5,26 para los menores que fueron adoptados solos y de 6,86 para los que lo fueron junto a algún otro hermano existiendo diferencias significativas entre ambos grupos en la edad de adopción ($U=1106$; $p=0,0001$).

6.2.3. ESTATUS SOCIAL, LABORAL Y EDUCATIVO DE LA FAMILIA

NIVEL DE ESTUDIOS

La mayoría de los padres (58,3%) y de las madres (64,8%) tienen estudios universitarios medios o superiores. Un porcentaje menor tienen estudios secundarios (un 17,8% de los padres y un 28,3% de las madres) y un 5,5% de los padres y un 6,3% de las madres tienen tan sólo estudios de nivel primario como podemos observar en la Tabla 16.

TABLA 16: ESTUDIOS DEL PADRE Y LA MADRE.

	Padre	Madre
Universitarios superiores	36,2	44,7
Universitarios medios	22,1	20,1
Secundarios	17,8	28,3
Primarios	5,5	6,3
No existe ⁽¹⁾	18,4	0,6

En la tabla se muestran el porcentaje válido de padres y madres que han cursado los distintos niveles de estudios.

⁽¹⁾ La familia es monoparental por lo que no constan los estudios de uno de los progenitores.

PROFESIÓN DE LOS PADRES

En cuanto a la profesión de los padres observamos cómo el mayor contingente de familias (un 37,3% de los padres y un 44,1% de las madres) son profe-

sionales superiores entre los que podemos destacar los profesionales del mundo de la salud (médicos, enfermeros, psicólogos, odontólogos y farmacéuticos) que suponen un 7,2% de los padres y un 14,5% de las madres y los profesionales del mundo de la educación que suponen un 7,8% de los padres y un 13,9% de las madres.

Un 6,0% de los padres y un 15,1% de las madres son administrativos. Un 6,6% de los padres y un 6,0% de las madres son funcionarios de distintos grados. Un 5,4% de los padres y un 2,4% de las madres son informáticos y un 4,2 de los padres y un 3,0% de las madres son comerciales o vendedores. Un 7,2% de los padres son personal de la construcción o transportes y un 16,6% de las madres son amas de casa. El resto de ocupaciones agrupa menos de un 3% de progenitores como podemos observar en la Tabla 17.

TABLA 17: PROFESIÓN DEL PADRE Y DE LA MADRE.

	Padres	Madres
Profesional de la salud	7,2	14,5
Profesional de la educación	7,8	13,9
Otros profesionales	22,3	15,7
Directivo o gerente	6,6	1,2
Administrativo	6,0	15,1
Funcionario	6,6	6,0
Informático	5,4	2,4
Comerciante o vendedor	4,2	3,0
Servicios, hostelería, seguridad	0,6	2,4
Personal industria	0,6	0,6
Personal construcción y transportes	7,2	0,0
Fuerzas armadas	2,4	0,0
Ama de casa	0,0	16,3
Otros	1,8	1,2

En la tabla se muestran los porcentajes reales de las distintas ocupaciones de padres y madres.

NIVEL DE INGRESOS DE LA FAMILIA

El nivel de ingresos de los padres queda reflejado en la Tabla 18 en la que podemos observar cómo un 57,8% de las familias percibe unos ingresos netos mensuales de más de 2.400€.

Las familias monoparentales tienen un nivel de ingresos significativamente inferior que las familias biparentales (χ^2 de Pearson=30,716; $p=0,0001$)

TABLA 18: NIVEL DE INGRESOS NETOS DE LA FAMILIA.

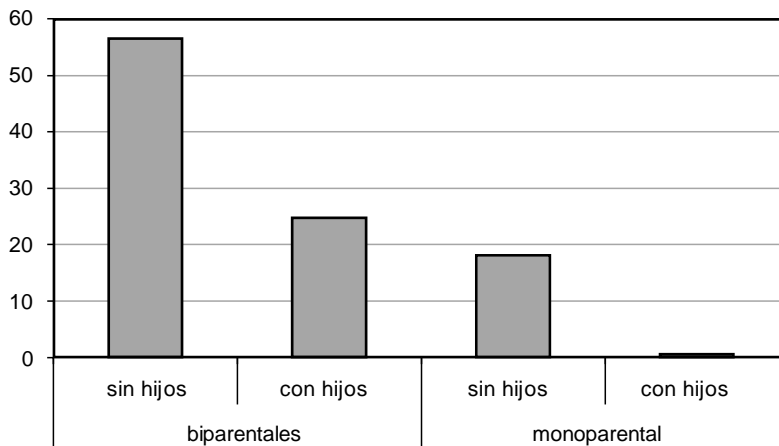
	Porcentaje
Entre 600 y 1.200€	4,3
Entre 1.200 y 1.800€	14,3
Entre 1.800 y 2.400€	23,6
Entre 2.400 y 3.600€	31,7
Más de 3.600€	26,1

En la tabla se muestra el porcentaje válido de familias con ingresos netos comprendidos entre las cantidades indicadas en la columna de la izquierda.

6.2.4. ESTRUCTURA Y CONFIGURACIÓN FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA

Combinando las variables referidas a padres y a hijos, en el momento de la adopción un 56,6% de las familias eran biparentales sin hijos, un 24,7% eran biparentales con hijos previos (de entre los cuales un 68,7% tenía hijos biológicos, un 26,8% hijos adoptivos y un 4,9% ambos) y, por último, un 18,1% de las familias eran monoparentales (de las cuales, sólo una tenía hijos de manera previa a la adopción).

GRÁFICO 5: PORCENTAJES DE LOS DISTINTOS TIPOS DE FAMILIA.

Las barras representan el porcentaje de las distintas tipologías familiares en la muestra.

Tipo de familia y edad del menor

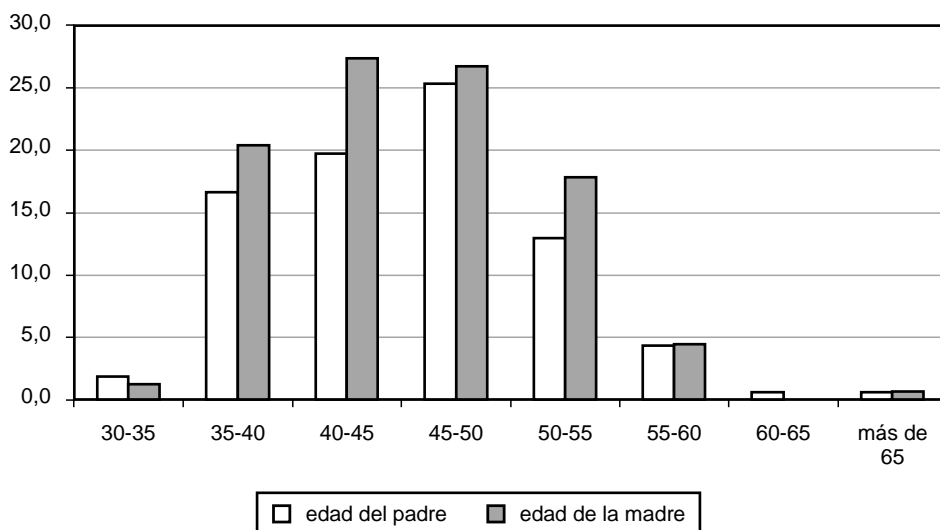
Las familias monoparentales adoptaron niños de 5,87 años de media, las biparentales sin hijos de 5,22 y las biparentales con hijos de 6,08 no existiendo diferencias significativas entre ellas ($\chi^2=2,238$; g.l.=2; $p=0,327$).

EDAD DE LOS PROGENITORES

La edad media de los progenitores (calculada como media de edad entre el padre y la madre en familias biparentales y edad del progenitor en familias monoparentales) se sitúa en 45,17 años con una desviación típica de 5,7860.

En las familias biparentales, la edad actual del padre se sitúa entre los 32 y los 71 años siendo la media de 44,75 años y la desviación típica de 7,52. La edad de la madre se sitúa entre los 30 y los 71 años de edad con una media de 44,34 años y una desviación típica de 7,91. En el Gráfico 6 podemos observar la distribución de las familias de nuestra muestra por grupos de edad del padre y de la madre, parece que ambas variables se distribuyen según la curva normal ($Z = 1,171$, $p=0,129$ y $Z =0,963$, $p=0,312$ respectivamente).

GRÁFICO 6: EDAD DEL PADRE Y DE LA MADRE POR GRUPOS.



Las barras representan el porcentaje válido de familias en las el padre y la madre respectivamente tienen edades comprendidas en el intervalo marcado por el eje de ordenadas.

Edad de los padres y edad de adopción del menor

La edad media de los progenitores correlaciona significativamente con la edad de adopción del menor ($\rho=0,358$; $p=0,0001$) de manera que a mayor edad de los progenitores mayor es también la edad de adopción del menor. También lo hacen por separado la edad de la madre ($\rho=0,365$; $p=0,0001$) y la edad del padre ($\rho=0,255$; $p=0,004$).

Edad de la madre y número de progenitores

No hay diferencias significativas en la edad de la madre entre las familias monoparentales y las biparentales (T de Student=0,25; g.l.=30,690; $p=0,980$)

TIEMPO DE CONVIVENCIA DE LA PAREJA

En cuanto al tiempo de convivencia como pareja (calculado para las familias biparentales) hay que destacar que un 34,8% de los casos no contestaron a esta cuestión lo que puede deberse al formato de la pregunta que fue pasada por alto en la mayoría de los casos¹⁸. El tiempo medio de convivencia de los que contestaron fue de 14,74 años ($S_x=5,65$). Un 17,6% de las parejas llevaban menos de diez años de convivencia, un 62,8% de ellas llevaban entre diez y veinte años de convivencia y un 19,8% veinte años o más de convivencia.

HIJOS PREVIOS A LA ADOPCIÓN

Un 72,1% de las familias no tenía hijos de manera previa a la adopción objeto de estudio mientras que un 18,2% tenía algún hijo biológico, un 8,5% tenía algún hijo adoptivo y un 1,2% tenía hijos biológicos y adoptivos.

Hijos previos y edad de adopción del menor

Realizando un contraste de Kruskal-Wallis, encontramos diferencias en la edad de adopción de los menores en función de la presencia de hermanos previos en la familia ($\chi^2=6,567$; g.l.=2; $p=0,038$) de manera que las familias que tenían hijos biológicos con anterioridad adoptaron niños significativamente mayores ($\bar{X}=6,57$) que

¹⁸ Como podemos observar en el anexo de instrumentos, la pregunta sobre el tiempo de convivencia como pareja sigue a la pregunta de "¿Vive usted en pareja?". Tras esta se pregunta si la pareja está casada o no. Es posible que parte de los informantes hayan interpretado que se trataba exclusivamente del tiempo de convivencia como pareja de hecho (y no del tiempo de convivencia indistintamente del tipo de pareja) por lo que muchas familias casadas no han contestado a este ítem.

las que ya habían adoptado previamente ($\bar{X}=4,30$; $U=114$; $p=0,016$). No existen diferencias significativas en la edad de adopción entre las familias que no tenían hijos de manera previa ($\bar{X}=5,38$) y los que ya tenían hijos biológicos ($U=1362,5$; $p=0,128$) o adoptados ($U=540,5$; $p=0,064$).

DIFERENCIA DE EDAD CON EL HIJO INMEDIATAMENTE ANTERIOR

En la mayoría de los casos en los que había hijos previos en el hogar estos eran mayores que el menor objeto de estudio (93,5%) con una diferencia de edad entre el adoptado y el más cercano en edad que se sitúa entre 0,41 años y 22,19 años. En un 5,5% de los casos el hermano anterior era menos de un año mayor, en un 23,0% era entre uno y tres años mayor, en un 26,1% entre tres y seis años mayor, en un 17,4% entre seis y nueve años y en un 21,7% de los casos más de 9 años mayor.

También encontramos tres casos (6,5%) en los que el menor adoptado ingresa en una familia con hijos menores que él, en dos de los casos con diferencias de menos de un año y en un tercero con una diferencia de 14,26 años. La media de diferencias de edad es de 5,49 años y la desviación típica de 5,69.

Diferencia de edad con el hijo anterior y edad de adopción del menor

Encontramos una relación significativa entre la edad de adopción del menor y la diferencia de edad con el hermano inmediatamente anterior (calculado en los casos en los que esta diferencia era positiva) de $\rho=0,425$ ($p=0,004$) de manera que a mayor edad del menor, mayor es también la diferencia de edad entre este y el hijo inmediatamente anterior de la familia.

HIJOS POSTERIORES A LA ADOPCIÓN

Tras esta adopción y hasta el momento del estudio un 0,6% había tenido un hijo biológico y un 5,4% había vuelto a adoptar mientras que un 93,1% no había vuelto a tener hijos.

NÚMERO DE HIJOS EN EL HOGAR

El número de niños en el hogar en el momento del estudio se sitúa entre 1 y 8 hijos, un 50,9% de las familias sólo tiene un hijo, un 38,8% de ellas tiene dos, un 7,3 tiene tres hijos y un 3,0% más de tres hijos y la media es de 1,7 con una desviación típica de 1,07.

6.2.5. MOTIVACIÓN PARA LA ADOPCIÓN

La variable motivación para adoptar presenta un análisis un poco complejo teniendo en cuenta que en el cuestionario se permitía a las familias elegir entre varias motivaciones, ordenando la prioridad de las mismas en su proyecto adoptivo (de una a tres) y que podían describir otras motivaciones que no aparecían en la lista. La motivación que ha sido manifestada por un mayor número de familias han sido los problemas biológicos (62,7%), seguida del compromiso con los más desfavorecidos (43,4%), del deseo de ser útil para los demás (42,2%) y de otras motivaciones no especificadas en el cuestionario (33,7%). En los últimos lugares se encuentran el deseo de ser padres a pesar de no tener pareja (19,9%) y el deseo de unirse más a la pareja (19,3%) (Tabla 19).

TABLA 19: PORCENTAJE TOTAL DE APARICIÓN DE CADA TIPO DE MOTIVACIÓN.

	Porcentaje
Problemas biológicos para procrear	62,7
Ser padre a pesar de no tener pareja	19,9
El deseo de ser útil para los demás	42,2
Mi compromiso con los más desfavorecidos	43,4
El deseo de unirme más con mi pareja	19,3
Otra	33,7

En la columna de la derecha aparece el porcentaje total de familias que han manifestado cada motivación independientemente de la prioridad (primer, segundo o tercer lugar) que se le haya atribuido. Hay que recordar que las familias pueden elegir hasta tres motivaciones distintas, ordenándolas según el grado de importancia.

Un importante porcentaje de las familias que presentaron problemas biológicos para procrear no rellenaron la casilla en la que se pedía que manifestaran cuáles eran esos problemas o lo hicieron de forma inespecífica (48,1%). Un 15,4% atribuyó los problemas para procrear a dificultades en la madre, un 8,7% a dificultades en el padre, mientras que en un 1,9% de los casos la esterilidad provenía de la incompatibilidad de la pareja. Un 5,8% de los casos había sufrido un historial de abortos repetidos (espontáneos, por dificultad de retención o por embarazos extrauterinos). Un 8,7% manifestó no conocer la causa de las dificultades biológicas para procrear. Un 1,0% de los casos había tenido cesáreas previas tras las cuales era desaconsejable un nuevo embarazo, un 7,7% de los casos tenían una edad avanzada y un 2,9% de los casos alegaron otras enfermedades como causa de sus dificultades biológicas para procrear como queda reflejado en la Tabla 20.

Las familias que eligen “otras motivaciones” especifican algunas como ser padres o tener hijos (9,0%) crear una familia (5,4%), ampliar la familia que ya exis-

TABLA 20: CATEGORIZACIÓN DE “PROBLEMAS BIOLÓGICOS PARA PROCREAR”.

		Porcentaje
Esterilidad sin especificar	Esterilidad, problemas de fertilidad, problemas reproductivos, casilla vacía ⁽¹⁾	48,1
Esterilidad de la madre	Histerectomía, endometriosis, extirpación, malformación o quistes en los ovarios, hidrosalpia, esterilidad femenina o problemas ginecológicos sin especificar.	15,4
Esterilidad del padre	Azoospermia, oligospermia, poca motilidad de los espermatozoides o esterilidad masculina.	8,7
Esterilidad de ambos	Incompatibilidad o esterilidad de ambos.	1,9
Esterilidad de origen desconocido	Esterilidad de causa no determinada o desconocida o ausencia de embarazos sin tratar.	8,7
Abortos	Abortos repetidos, embarazos extrauterinos o dificultades de retención del feto.	5,8
Edad	Edad avanzada para la reproducción.	7,7
Cesáreas		1,0
Enfermedad sin especificar		2,9

En la columna de la derecha se muestra el porcentaje de cada categoría sobre el total de familias que manifestaron tener problemas biológicos para procrear. En la columna central se especifican las verbalizaciones que hacen que una familia sea categorizada en cada apartado.

⁽¹⁾ Se incluyen como esterilidad sin especificar al 36,5% de las familias que manifestaron como motivación tener problemas biológicos para procrear pero que no rellenaron la casilla en la que se pedía que especificaran cuáles así como los que contestaron inespecíficamente.

te (3,0%), compartir el hogar (2,4%), dar amor, una familia o una vida mejor a niños que lo necesitan (4,8%), adoptar como una opción que ya tenían planteada, que es igual o mejor a la paternidad biológica (3,6%), el gusto por los niños (1,2%) y otras circunstancias como el miedo al embarazo, la casualidad o el hecho de conocer previamente al menor al que querían adoptar (3,6%) (Tabla 21).

Para valorar la importancia de cada motivación en la configuración del proyecto adoptivo de las familias nos interesa conocer el carácter prioritario o secundario de determinadas motivaciones. En este sentido observamos en la Tabla 22 que tanto el deseo de ser padre o madre a pesar de no tener pareja como la existencia de problemas biológicos para procrear se colocan mayoritariamente como una motivación prioritaria (el 84,8% y el 83,7% respectivamente de los que mostraron estas motivaciones lo hicieron en primer lugar) mientras que el deseo de ser útil, el compromiso con los más necesitados y el deseo de unirse más a la pareja aparecen como motivaciones secundarias ocupando tan sólo el primer lugar en un 18,6%, 18,1% y 9,4% de los que expresaron dichas motivaciones respectivamente.

TABLA 21: CATEGORIZACIÓN DE OTRAS MOTIVACIONES.

	Descripción	Porcentaje
Ser padres	Ser padres, tener hijos, tener hijos con mi marido...	9,0
Crear una familia	Crear una familia, formar una familia, ser padre de una familia.	5,4
Dar oportunidades a un niño	Dar oportunidades, amor, felicidad o una familia a un niño que no lo tiene.	4,8
Adoptar como opción	Deseo específico de adoptar, de ser padres por esta vía por ser mejor, otra vía a probar, porque lo pensaban desde antes, por ser padres de un niño ya nacido.	3,6
Ampliar la familia	Ampliar la familia, tener o querer otros hijos, dar un hermano a otro hijo.	3,0
Compartir el hogar	Compartir con otro el hogar, el cariño, el estar bien, las experiencias, lo que uno tiene.	2,4
Gusto por los niños		1,2
Otras	Miedo al embarazo, convicción de que no deben nacer más niños, deseo de tener una niña y no un varón, por casualidad, por conocer previamente al menor ⁽¹⁾ .	3,6
Total		33,0

En la columna de la derecha se muestra el porcentaje de cada categoría sobre el total de familias que manifestaron tener otras motivaciones para adoptar. En la columna central se especifican las verbalizaciones que hacen que una familia sea categorizada en cada apartado.

⁽¹⁾ Se incluyen en la categoría otras aquellas motivaciones que sólo fueron manifestadas por una familia.

Con el fin de simplificar este complejo entramado de motivaciones nos inspiramos en el esquema de Anderson, Piantanide y Anderson (1993) que distingue entre adopción tradicional (en parejas que no pueden tener hijos biológicos) frente a adopción preferencial (parejas en las que la adopción es una opción independiente de la fertilidad) a las que habría que añadir las adopciones realizadas por el deseo de ser padres a pesar de no tener pareja que se situarían en un punto intermedio entre lo preferencial y lo tradicional. En este sentido creamos una nueva variable que clasifica como adopción tradicional (64,6%) a aquellas familias que manifiestan problemas biológicos para procrear independientemente de la prioridad concedida a dicha motivación y también a las que sólo han manifestado otra motivación y ésta ha sido clasificada como deseo de ser padres; como adopción monoparental (15,2%) se clasifican aquellas familias que, no presentando problemas biológicos, presentan el deseo de ser padres a pesar de no tener pareja. Dentro de la adopción preferencial se incluyen las familias que, no presentando pro-

TABLA 22: PRIORIDAD DADA A CADA TIPO DE MOTIVACIÓN.

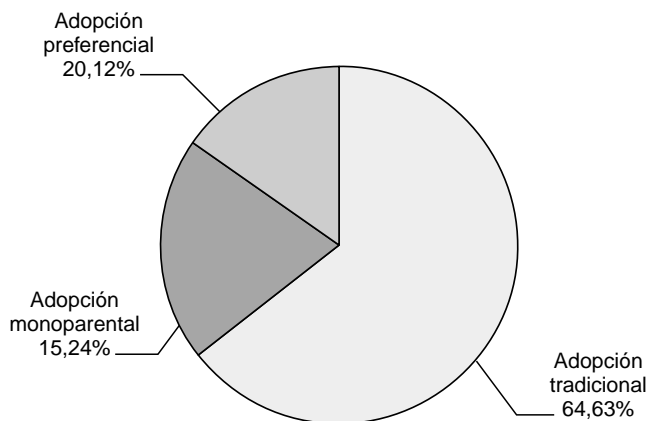
	Motivación 1ª	Motivación 2ª	Motivación 3ª	Total
Problemas biológicos	83,7	8,7	7,7	69,7
Monoparental	84,8	12,1	3,0	21,6
Ser útil	18,6	51,4	30,0	63,3
Compromiso	18,1	45,8	36,1	66,5
Unión pareja	9,4	46,9	43,8	31,0
Otra	37,5	32,1	30,4	47,9

Las primeras tres columnas indican del total de familias que han manifestado determinada motivación qué porcentaje lo ha hecho en primer, segundo y tercer lugar respectivamente (porcentaje de fila). La última columna indica qué porcentaje del total de la muestra ha manifestado cada motivación independientemente de la prioridad que le haya atribuido.

blemas biológicos ni el deseo de ser padres a pesar de no tener pareja, manifiestan deseo de ser útiles o de compartir su hogar y a los que, sólo manifestando otra motivación, ésta ha sido clasificada como “dar una oportunidad” o “deseo de adoptar como opción” o desean ampliar su familia (20,12%). Los porcentajes relativos a esta nueva clasificación quedan representados en el Gráfico 7.

No existen diferencias significativas en la edad de adopción en función del tipo de motivación ($\chi^2=5,794$; g.l.=2; $p=0,055$). Los contrastes intragrupos revelan diferencias significativas en la edad de los menores entre las familias que adoptaron por motivos tradicionales ($\bar{X}=5,24$) y los que lo hicieron por motivos preferenciales ($\bar{X}=5,56$; $U=1199,5$; $p=0,019$).

GRÁFICO 7: CATEGORIZACIÓN DE LAS MOTIVACIONES PARA ADOPTAR.



En el gráfico se representan los porcentajes válidos de cada tipo de motivación.

6.2.6. DATOS DEL PROCESO DE ADOPCIÓN

FORMACIÓN PREADOPTIVA

En cuanto a la formación preadoptiva, un 25,6% de las familias declaran no haber recibido ningún tipo de formación, un 13,4% haber realizado un proceso de formación a través del IMMF y un 59,8% haberlo realizado con su ECAI. Dos familias declararon haber seguido un proceso de formación para padres en EEUU.

IDONEIDAD

Un 39,9% de las familias realizaron el proceso de idoneidad a través del IMMF mientras que un 60,1% de ellas lo hicieron a través del TIPAI.

TIPO DE TRAMITACIÓN

Un 19,8% de las adopciones fueron tramitadas de manera independiente, mientras que un 79,0% fueron tramitadas a través de una ECAI. Un total de 16 entidades diferentes tramitaron este contingente mayoritario de adopciones (Tabla 23). La ECAI que más adopciones tramitó en nuestra muestra fue Asefa (28,2%) seguida por Aipamr (18,8%), Adecop (12,0%) y Mimo (11,1%). Las que menos tramitaron fueron las categorizadas como otras que agrupan en conjunto un 7,68% de las adopciones tramitadas por una ECAI así como Niños Sin Fronteras (1,71%) o Aci (1,71%).

TABLA 23: ECAIS QUE TRAMITARON LAS ADOPCIONES.

	Porcentaje
Aci	1,71
Adai	4,27
Addia	3,42
Adecop	11,97
Aipamr(1)	18,80
Andeni	3,42
Asefa	28,21
Ashram	2,56
Meniños	5,13
Mimo	11,11
Nsf	1,71
Otros	7,69
Total	100,00

⁽¹⁾ En este epígrafe recogemos tanto las adopciones realizadas por AIPAMR, como las realizadas por AIPAME. En la columna de la derecha se expresa el porcentaje válido de la muestra que tramitó con cada entidad.

Un 1,2% de las adopciones dicen haber sido realizadas a través de intermediarios del país de origen e incluso una de ellas declara haber tramitado la adopción a través de una organización no acreditada en España.

Entidad y edad del menor

Existen diferencias significativas en la edad media de los menores en función de la entidad que tramitó la adopción ($\chi^2=24,750$; g.l.=11; $p=0,010$). La entidad que tramitó adopciones de niños de mayor edad fue Meniños ($\bar{X}=7,35$) que se diferencia significativamente Aci ($\bar{X}=3,71$; $U=0$; $p=0,044$), Adecop ($\bar{X}=4,72$; $U=9$; $p=0,008$), Andeni ($\bar{X}=3,5$; $U=0$; $p=0,010$), Asefa ($\bar{X}=4,85$; $U=25$; $p=0,004$), Ashram ($\bar{X}=3,59$; $U=0$; $p=0,020$), Mimo ($\bar{X}=4,17$; $U=1$; $p=0,001$) y Niños sin Fronteras ($\bar{X}=4,25$; $U=0$; $p=0,44$). En segundo lugar encontramos a Aipamr ($\bar{X}=7,01$) que también se diferencia de Adecop ($U=75$; $p=0,020$), Andeni ($U=11$; $p=0,19$), Asefa ($U=192,5$; $p=0,005$), y Mimo ($U=54,5$; $p=0,005$) (Tabla 24).

TIEMPO DE ADOPCIÓN

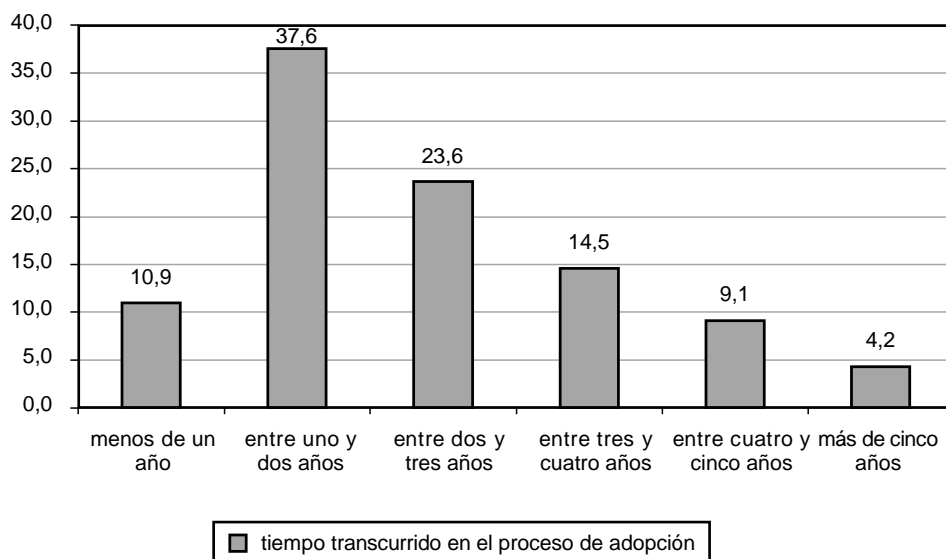
Tiempo transcurrido en el proceso de adopción (desde la primera vez que la familia se informó hasta que se realizó la adopción) se sitúa, para la mayoría de los casos (61,2%) entre uno y tres años tal y como podemos observar en el Gráfico 8, aunque un 14,5% de las familias tardaron entre tres y cuatro años, un 9,1%

TABLA 24: MEDIAS DE EDAD DE ADOPCIÓN DE LOS MENORES EN FUNCIÓN DE LA ENTIDAD QUE TRAMITÓ SU ADOPCIÓN.

	\bar{X}	S_x
Ministerio	6,03	3,29
ACI	3,71	0,99
ADDIA	4,91	1,91
ADECOP	4,72	2,03
AIPAMR	7,01	1,68
ANDENI	3,50	2,71
ASEFA	4,85	1,37
ASHRAM	3,59	1,75
Meniños	7,35	1,93
Mimo	4,17	0,68
NSF	4,25	1,65
Otros	6,56	2,77

En la tabla se describe la edad de la adopción de los menores (media y desviación típica) en función de la entidad que tramitó la adopción.

GRÁFICO 8: TIEMPO TRANSCURRIDO EN EL PROCESO DE ADOPCIÓN.



Las barras representan el porcentaje válido de adopciones realizadas en el intervalo de tiempo indicado en el eje de ordenadas.

entre cuatro y cinco años y un 4,2% tardaron más de cinco años. Otra situación extraordinaria fue la del 10,9% de las familias que adoptaron en menos de un año.

Tiempo de adopción y edad del menor

No encontramos relación entre el tiempo que tardó en tramitarse la adopción y la edad del niño en el momento de la adopción ($\rho=0,027$; $p=0,741$).

SEGUIMIENTO

Una vez realizada la adopción un 2,5% de las familias declaran no haber realizado ningún seguimiento, un 45,6% haber realizado los informes de seguimiento a través del IMME, un 50,6% a través de la ECAI que tramitó la adopción y un 1,3% a través del TIPAI.

6.3. ANÁLISIS DE LOS INSTRUMENTOS

En este apartado analizaremos las propiedades psicométricas de los instrumentos de nueva creación a través del análisis de validez factorial de los mismos

y el análisis de fiabilidad. En segundo lugar presentaremos el análisis de fiabilidad para nuestra muestra del resto de los instrumentos utilizados.

6.3.1. ÍNDICE DE ESTRÉS ADOPTIVO (IEA)

La estructura teórica del cuestionario queda resumida en la Tabla 25:

TABLA 25: ESTRUCTURA TEÓRICA DEL “ÍNDICE DE ESTRÉS ADOPTIVO”.

Factor	Subfactor	Ítems
Transición a la parentalidad normativa	restricción de rol	20, 37, 42
	aumento del trabajo en casa	4, 27, 50
	cambio en la dinámica familiar	16, 21, 55
	aumento de la fatiga	35, 48, 53
Dificultades derivadas del proceso de vinculación	no reconocimiento como padres	10, 29, 56
	dificultades de expresión de los afectos	17, 30, 45
	desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja	3, 8, 14
Transición a la parentalidad adoptiva	infertilidad	2, 13, 19
	estigmatización	1, 5, 36
	dificultades de inserción cultural	25, 34, 41
Dificultades en el proceso	dificultades con las entidades mediadoras	6, 23, 31
	falta de información adecuada durante el proceso	18, 40, 57
Específicas de distintos tipos de familia	dificultades de pareja	38, 43, 51
	las dificultades entre los hermanos	5, 9, 25
	dificultades específicas de la monoparentalidad	22, 39, 44
Extrafamiliares	adaptación escolar	26, 49, 54
Menor	necesidades especiales del menor	7, 12, 33, 47, 52, 58
	otras características especiales	12, 47, 52

En la tabla se incluyen los distintos factores teóricos que conforman el IEA, los subfactores en los que se desglosan y los ítem concretos pertenecientes a cada subfactor.

Para comprobar la validez de esta estructura teórica se realizó un análisis factorial por el método de componentes principales, obteniendo, tras una rotación varimax, 17 factores con autovalores mayores de uno de los que los trece primeros explican cada uno más del 2% de la varianza del cuestionario (Tabla 26).

TABLA 26: VARIANZA TOTAL DEL ESTRÉS FAMILIAR EXPLICADA POR EL IEA.

Componente	Total	Autovalores iniciales	
		% de la varianza	% acumulado
1	10,88	18,76	18,76
2	4,32	7,45	26,21
3	3,31	5,71	31,92
4	2,95	5,08	37,00
5	2,63	4,54	41,53
6	2,18	3,77	45,30
7	2,01	3,47	48,77
8	1,82	3,14	51,91
9	1,63	2,80	54,71
10	1,56	2,69	57,40
11	1,39	2,40	59,80
12	1,33	2,29	62,09
13	1,25	2,15	64,23

En la tabla se expresan la varianza explicada por cada componente extraído del análisis factorial de la escala así como su porcentaje y su porcentaje acumulado.

Estos trece factores explican en total un 66,33% y quedan detallados a continuación (ver Tabla 27). Se consideran como pertenecientes a un factor los ítem que saturan en él con un coeficiente mayor de $\pm 0,400$.

Factor 1: Transición a la parentalidad: explica un 18,76% de la varianza del cuestionario y saturan en él 12 ítems que coinciden con todos los que formaban parte de los subfactores predichos de transición a la parentalidad (restricción de rol, aumento del trabajo en el hogar, cambio de la dinámica familiar y aumento de fatiga) excluyendo los ítems 48 y 53, ambos del factor teórico “aumento de fatiga”. Además saturan en este factor dos de los tres ítems de la escala teórica de aumento de problemas de pareja¹⁹ (iea38 e iea 43).

Factor 2: Vinculación paterno-filial: explica un 7,45% de la varianza y saturan en él todos los ítems que formaban parte de los subfactores teóricos de vinculación paternofilial (“dificultades de expresión de los afectos” y “no reconocimiento como padres”) exceptuando los de la escala de “desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja” que se organizan como un factor independiente (factor 9). También satura en este factor el ítem iea 57: “*Pienso que me falta información impres-*

¹⁹ Como explicamos en el apartado de instrumentos, sacamos los ítems relacionados con los problemas de pareja del apartado de transición a la parentalidad, a pesar de ser claves en esta dimensión para la literatura, para no excluir a las familias monoparentales.

TABLA 27: MATRIZ FACTORIAL ROTADA DEL IEA.

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
IEA1 algún familiar o amigo cercano ha manifestado rechazo hacia mi hijo	-0,040	0,107	0,079	0,019	0,007	-0,003	-0,023	-0,058	-0,002	-0,034	0,000	-0,019	0,046
IEA2 todavía me siento herido o frustrado por no poder tener hijos biológicos	0,049	0,055	0,166	-0,058	0,194	0,093	-0,046	0,828	-0,024	-0,054	0,014	0,027	0,028
IEA3 mi hijo sólo se relaciona con personas de un sexo	-0,122	0,204	0,157	0,097	-0,062	-0,036	-0,035	-0,043	0,790	0,142	-0,022	0,007	0,001
IEA4 ha aumentado mucho el volúmen de trabajo en el hogar desde que está mi hijo	0,439	0,068	0,106	0,172	-0,016	0,233	0,025	0,017	0,192	0,434	-0,094	-0,088	0,057
IEA5 mis otros hijos tienen más problemas desde que adoptamos a X	0,047	0,090	0,106	-0,046	-0,080	0,679	0,267	-0,182	-0,117	0,090	0,190	0,101	-0,039
IEA6 he tenido algunos problemas con la ECAI o con el IMMF durante la adopción	-0,048	-0,036	0,146	0,774	-0,048	-0,039	-0,096	0,031	0,024	0,137	0,008	0,073	-0,042
IEA7 mi hijo tiene alguna minusvalía física	0,100	-0,058	0,091	0,127	-0,052	-0,013	0,255	-0,016	-0,005	0,085	0,752	-0,009	-0,058
IEA8 mi hijo siente una clara predilección por uno de los miembros de la pareja	0,182	0,026	0,112	0,115	-0,202	0,243	0,049	0,138	0,522	-0,055	0,156	0,392	0,082
IEA9 mi hijo y sus otros hermanos discuten y se pelean mucho	0,065	0,096	0,145	0,017	-0,058	0,853	0,033	0,138	-0,056	0,003	-0,106	-0,059	-0,028
IEA10 alguna vez no me he sentido reconocido como padre/madre por mi hijo	0,113	0,739	0,147	0,050	0,069	0,069	-0,012	0,091	-0,152	-0,017	0,030	0,178	0,106
IEA11 la familia biológica de mi hijo ha intentado ponerse en contacto con él	-0,080	-0,069	0,055	-0,043	-0,069	-0,081	-0,014	0,198	0,003	0,006	0,034	-0,043	0,006
IEA12 la edad de mi hijo ha planteado alguna dificultad en su adaptación	-0,041	0,371	0,416	0,138	0,096	0,024	0,044	0,070	0,077	0,167	0,177	0,502	0,092
IEA13 pienso que si X fuera hijo biológico mío todo sería distinto	0,130	0,616	0,310	0,062	-0,018	0,083	0,290	0,090	-0,268	0,105	-0,145	0,181	0,023

TABLA 27: MATRIZ FACTORIAL ROTADA DEL IEA (CONT.).

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
IEA14 mi hijo sólo se relaciona con uno de los dos miembros de la pareja	0,145	0,239	-0,125	0,127	0,161	0,012	0,079	-0,088	0,666	-0,174	-0,134	0,066	0,067
IEA15 se han presentado episodios de racismo/xenofobia hacia mi hijo	-0,072	0,116	0,282	0,018	0,060	-0,022	-0,087	-0,014	0,027	0,025	0,023	-0,141	0,682
IEA16 ha sido necesario crear nuevas rutinas en la vida familiar desde que llegó nuestro hijo	0,430	-0,008	0,065	0,078	0,118	0,056	0,083	-0,040	0,119	0,558	-0,065	-0,046	-0,127
IEA17 a veces pienso que mi hijo no me quiere	0,162	0,724	0,216	0,014	0,059	-0,073	0,112	-0,012	0,165	-0,078	0,222	0,094	-0,068
IEA18 creo que en el país de origen escondieron información importante sobre mi hijo	-0,039	0,188	0,312	0,539	0,100	0,071	0,227	-0,164	0,129	-0,095	0,079	-0,032	0,103
IEA19 me siento mal por mi infertilidad o la de mi pareja	0,100	0,042	0,114	0,100	-0,026	-0,001	-0,006	0,830	-0,036	0,054	-0,093	-0,023	-0,001
IEA20 mi vida está ahora supeditada a las necesidades de mi hijo	0,701	-0,043	0,127	0,086	0,055	-0,051	0,028	-0,019	0,095	0,113	0,159	-0,012	0,105
IEA21 desde que nuestro hijo llegó no podemos hacer las mismas cosas que hacíamos antes	0,617	0,032	0,041	-0,055	0,079	-0,131	0,136	-0,016	0,222	0,204	0,079	-0,021	0,068
IEA22 echo de menos tener una pareja en el cuidado de mi hijo	-0,025	0,068	0,030	-0,040	0,901	-0,043	-0,008	0,053	-0,020	0,063	-0,057	-0,034	-0,050
IEA23 me he sentido defraudado y engañado en el proceso de adopción	0,080	-0,027	0,102	0,862	-0,018	-0,046	0,086	0,001	0,073	0,065	0,103	-0,008	0,075
IEA24 a veces pienso que la familia biológica de mi hijo puede aparecer en cualquier momento	-0,098	-0,003	0,059	0,013	0,054	-0,050	-0,035	-0,051	-0,002	0,032	0,031	-0,070	-0,049
IEA25 le ha costado acostumbrarse a su entorno	0,150	0,227	0,381	0,120	0,179	0,043	0,073	-0,191	0,089	0,029	0,044	0,521	-0,008
IEA26 he tenido alguna reunión con el profesor de mi hijo a causa de sus dificultades	0,253	0,036	0,750	0,122	-0,079	0,081	0,237	0,082	0,026	-0,146	0,112	0,055	0,028
IEA27 a veces no me da tiempo a hacer todo lo que hace falta en casa desde que está mi hijo	0,690	0,120	0,218	0,197	-0,018	0,091	0,022	0,094	0,068	-0,009	0,167	-0,135	-0,126
IEA28 han surgido problemas de celos entre mi hijo y sus hermanos	0,027	0,197	0,106	-0,013	-0,071	0,806	-0,035	0,077	0,197	0,099	0,006	0,096	0,039

TABLA 27: MATRIZ FACTORIAL ROTADA DEL IEA (CONT.).

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
IEA29 a veces mi hijo dice que se quiere ir de casa	0,091	0,744	0,098	0,057	0,035	0,230	-0,077	0,165	0,263	0,130	-0,092	-0,107	-0,009
IEA30 a mi hijo le cuesta mucho demostrar afecto	0,088	0,579	0,022	-0,014	-0,029	0,222	0,053	-0,050	0,189	-0,085	0,138	0,104	0,033
IEA31 creo que me han hecho tomar algunas decisiones muy precipitadamente en el proceso	0,117	0,237	-0,044	0,766	-0,008	-0,039	0,072	0,034	0,108	0,182	0,053	0,216	0,060
IEA32 mi hijo tiene alguna minusvalía psíquica	0,064	-0,054	0,211	0,097	0,032	0,081	0,837	-0,069	0,041	0,033	0,092	0,101	0,036
IEA33 pienso que mi hijo tiene algún trastorno que no ha sido diagnosticado	0,121	0,197	0,387	0,186	0,109	0,258	0,518	0,148	-0,058	0,083	0,020	0,062	-0,002
IEA34 X tenía costumbres extrañas para nosotros cuando llegó	0,026	0,208	0,504	0,143	0,100	0,183	0,132	-0,084	0,096	0,205	-0,011	0,285	-0,051
IEA35 estoy más cansado que antes	0,569	0,193	0,165	0,011	-0,098	0,117	-0,010	0,090	0,034	0,279	0,052	0,253	0,189
IEA36 siento que la gente me mira por la calle cuando voy con mi hijo	0,030	0,031	-0,023	0,015	-0,034	-0,030	0,095	0,008	0,048	0,049	-0,013	0,102	0,795
IEA37 el niño me ocupa todo el tiempo de que dispongo	0,789	0,051	-0,028	0,050	0,113	-0,116	-0,075	-0,017	-0,062	0,072	0,076	-0,036	0,023
IEA38 desde que somos padres han aumentado nuestros problemas de pareja	0,432	0,136	0,079	-0,017	-0,211	0,004	0,196	0,356	0,027	0,252	0,048	0,333	-0,098
IEA39 he tenido algunas dificultades por el hecho de cuidar solo de mi hijo	0,032	0,046	0,128	0,049	0,752	-0,133	-0,142	0,056	-0,006	0,113	0,178	-0,030	0,055
IEA40 la ficha de preasignación era insuficiente para conocer el estado de mi hijo	0,146	0,056	0,157	0,646	0,024	0,094	0,177	0,086	0,011	-0,154	-0,082	-0,085	-0,048
IEA41 hemos tenido algunos problemas para entendernos con X a causa del idioma	-0,006	-0,064	0,097	0,269	0,205	0,141	-0,007	-0,012	-0,005	-0,205	-0,135	0,442	0,462
IEA42 desde que mi hijo está en casa no tengo tiempo para estar solo	0,809	0,127	0,090	-0,096	0,030	0,041	0,018	-0,019	-0,097	-0,039	-0,157	0,144	-0,061
IEA43 es difícil encontrar tiempo para la pareja teniendo un hijo	0,704	0,135	0,068	0,010	-0,220	0,231	0,071	0,240	-0,092	0,130	-0,064	0,111	-0,111

TABLA 27: MATRIZ FACTORIAL ROTADA DEL IEA (CONT.).

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
IEA44 en ocasiones me siento muy solo por el hecho de no compartir mi maternidad	0,100	0,003	-0,096	-0,015	0,863	-0,029	0,169	-0,004	0,010	-0,045	-0,096	0,158	0,047
IEA45 mi hijo rechaza el contacto físico con algún miembro de la familia	0,159	0,435	0,100	-0,074	0,070	0,045	-0,171	-0,090	-0,113	-0,187	0,634	0,147	0,103
IEA46 mi hijo habla a veces de su familia biológica	-0,016	0,182	0,132	0,111	0,030	0,008	-0,103	0,099	0,077	-0,006	0,015	0,103	-0,104
IEA47 mi hijo tiene problemas de conducta	0,251	0,203	0,589	0,166	0,015	0,172	0,275	0,117	0,089	0,063	0,045	0,164	-0,077
IEA48 me encuentro mal físicamente desde que adopté	0,363	0,362	-0,012	0,090	-0,070	0,006	0,404	0,256	-0,167	0,189	0,078	-0,046	0,262
IEA49 algunos problemas me han hecho pensar en cambiar a mi hijo de colegio	0,024	0,171	0,806	0,040	-0,006	0,140	-0,155	0,112	0,025	0,080	0,025	-0,001	0,110
IEA50 ser padre supone una carga excesiva de trabajo para mi	0,563	0,097	0,017	0,099	0,236	0,170	0,339	0,096	0,100	-0,029	0,321	-0,034	-0,039
IEA51 mi pareja y yo discutimos más desde que nuestro hijo está con nosotros	0,409	0,175	0,034	0,018	-0,225	0,113	0,195	0,419	0,012	0,258	0,276	0,263	-0,110
IEA52 he adoptado más de un niño a la vez	0,275	0,122	0,066	-0,067	-0,100	0,329	0,042	0,120	-0,109	0,108	-0,272	-0,132	0,043
IEA53 duermo menos que antes	0,297	-0,033	0,000	0,081	0,073	0,076	0,061	0,060	-0,083	0,673	0,069	0,081	0,066
IEA54 he tenido que afrontar algunos problemas en el colegio de mi hijo	0,140	0,156	0,782	0,173	0,025	0,021	0,180	0,164	-0,034	0,047	0,012	0,020	0,109
IEA55 la llegada de mi hijo ha supuesto un cambio radical en la vida familiar	0,493	0,133	0,131	0,154	0,150	0,106	0,024	0,035	-0,097	0,374	-0,111	-0,019	0,064
IEA56 alguna vez mi hijo me ha echado en cara que no soy su padre	0,056	0,808	0,040	0,077	-0,016	0,096	-0,001	-0,046	0,266	0,055	-0,066	-0,125	0,030
IEA57 pienso que me falta información imprescindible para comprender a mi hijo	0,102	0,504	0,346	0,293	0,091	0,292	-0,162	0,099	0,194	-0,078	0,057	0,099	0,048
IEA58 mi hijo tiene alguna enfermedad crónica	0,059	0,128	0,079	0,220	-0,096	-0,001	0,512	-0,059	0,451	0,122	0,332	-0,254	-0,044

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. En la tabla sólo se representan los índices de saturación de cada ítem de la escala en los trece primeros factores.

cindible para comprender a mi hijo” que formaba parte del subfactor teórico de “falta de información” pero que parece relacionarse más con las dificultades de comprensión del menor (esfera de vinculación afectiva) que con la falta de información en sí misma. También el ítem *iea13: “Pienso que si X fuera mi hijo biológico todo sería distinto”*, parece poner de manifiesto las dificultades en la aceptación del menor como hijo con independencia de que la familia tenga o no problemas de infertilidad y de aceptación de los mismos.

Factor 3: Inserción social y escolar: explica un 5,71% de la varianza y en él saturan los 3 ítems incluidos en el subfactor teórico de dificultades escolares así como las dificultades derivadas de la edad del menor (*iea12*) y de los problemas de conducta del menor (*iea47*), que formaban parte del factor teórico de “necesidades especiales del menor”, y las dificultades derivadas de las costumbres extrañas del menor al llegar (*iea34*) que formaba parte del factor teórico de “dificultades de inserción cultural”.

Factor 4: Proceso: explica un 5,08% de la varianza e incluye los 6 ítems pertenecientes a las subescalas teóricas de “estrés derivado del proceso” (dificultades en el proceso y falta de información) exceptuando el ítem *iea57* que quedó incluido en el segundo factor como ya hemos explicado.

Factor 5: Monoparentalidad: explica un 4,54% de la varianza del cuestionario y se identifica completamente con la subescala teórica de monoparentalidad.

Factor 6: Relación entre hermanos: explica un 3,77% de la varianza del cuestionario y se identifica completamente con la subescala teórica de dificultades entre hermanos.

Factor 7: Necesidades especiales del menor: explica un 3,47% de la varianza y en él saturan todos los ítems pertenecientes al subfactor teórico “necesidades especiales” exceptuando la minusvalía física. Además, queda incluido en este factor el ítem *iea48 “Me encuentro mal físicamente desde que adopté”* que está muy relacionado con el sobreesfuerzo físico que puede suponer para los padres hacer frente a las necesidades especiales del menor.

Factor 8: Infertilidad: explica un 3,14% de la varianza e incluye los ítems de la escala teórica de “infertilidad” exceptuando el ítem 13 que queda integrado en el segundo factor como hemos expuesto con anterioridad. Además satura en este factor el ítem *iea51: “mi pareja y yo discutimos más desde que nuestro hijo está con nosotros”* que parece reflejar la íntima conexión que existe entre las dificultades de superación de la infertilidad y el malestar en el seno de la pareja (Belsky y cols., 1986).

Factor 9: Desequilibrio: explica un 2,80% de la varianza del cuestionario y se identifica completamente con la subescala teórica de “desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja”.

Factor 10: Aumento de trabajo: explica un 2,69% de la varianza del cuestionario y aglutina junto con el estrés derivado de la disminución del tiempo de sueño (ítem53) que pertenecía a la subescala teórica de “aumento de fatiga” dos ítems que también han quedado incluidos dentro del factor de transición a la parentali-

dad normativa (iea4: “ha aumentado mucho el volumen de trabajo en el hogar desde que está mi hijo” y iea 16 “ha sido necesario crear nuevas rutinas en la vida familiar desde que está nuestro hijo”). Parece que este factor supone una corrección de la transición normativa a la parentalidad en función de la edad de manera que estos ítems estarían específicamente relacionados con transición a la parentalidad de niños más pequeños cuyas necesidades específicas suponen una mayor puntuación en estos ítems. Por el contrario, el estrés relacionado con la transición a la parentalidad de un niño más mayor no incluirá dormir menos, ni dejar de tener algunas rutinas familiares (como, por ejemplo dormir la siesta o salir por las noches) y tampoco su presencia aumentará necesariamente el volumen de trabajo en el hogar (aumento de lavadoras, hacer dos tipos de comida diferentes, vestir a los niños...) en el mismo grado.

Factor 11: Minusvalía física: explica un 2,40% de la varianza del cuestionario e incluye los ítems iea7 “*Mi hijo tiene una minusvalía física*” y el ítem46 “*Mi hijo rechaza el contacto físico con algún miembro de la familia*” que también forma parte del factor 2. Parece que la propia minusvalía física dificulta en parte el contacto físico o afectivo entre los miembros de la familia.

Factor 12: Inserción cultural: explica un 2,29% de la varianza y en él saturan dos de los ítems que del subfactor teórico de “dificultades de intergración cultural” (iea25 “*le ha costado acostumbrarse al entorno*”, iea41: “*hemos tenido algún problema para entendernos con X a causa del idioma*”) y que, como ya apunta la literatura (Glennen y Masters, 2002; Grotevant y McRoy, 1997), son dificultades relacionadas con la edad del menor (iea12). El ítem iea34 “*X tenía costumbres extrañas para nosotros cuando llegó*” quedó anteriormente incluido en las dificultades de integración social y escolar.

Factor 13: Estigmatización: explica un 2,15% de la varianza y en él saturan de nuevo las dificultades con el idioma pero además lo hacen la aparición de episodios de racismo y xenofobia (iea5) y la sensación de que la gente mira a la familia por la calle cuando van con su hijo (iea36), ítems pertenecientes al factor teórico de “estigmatización”.

“Otras fuentes de estrés”: categorizaremos como otras fuentes de estrés a los 5 ítems que han quedado fuera de la nueva estructura factorial y que son los ítems que pertenecían a la escala teórica de relación con la familia biológica, el ítem iea52 “*Algún familiar o amigo cercano ha manifestado rechazo hacia mi hijo*” y el ítem iea52 “*He adoptado a más de un niño a la vez*”.

En la Tabla 28 se puede observar la localización de los ítems en la estructura factorial empírica así como la estructura factorial teórica. En ella podemos apreciar cómo la estructura factorial empírica, si bien no se identifica plenamente con la estructura teórica del cuestionario, sí que mantiene los factores de mayor relevancia en el estudio del estrés de la transición a la parentalidad adoptiva. Vemos cómo un 72,41% de los ítems permanecen en el subfactor teórico o en el factor en

el que éste estaba incluido. Emergen dos factores no predichos, uno de ellos específico del estrés derivado de la transición a la parentalidad de niños de corta edad y el otro específico de las complicaciones derivadas de la adopción de un menor con una minusvalía física. Por el contrario, tres subfactores predichos desaparecen, las dificultades de pareja (que quedan diluídas en el estrés derivado de la transición a la parentalidad o en la infertilidad irresuelta), las características especiales del menor que no pueden ser consideradas necesidades educativas especiales (que parecen un subfactor muy disperso) y el estrés derivado de la relación (real o fantaseada) con la familia biológica que aunque supone una fuente de estrés teórica muy importante parece no estar afectando a nuestra muestra en esta etapa de la vida familiar. Un 8,62% de los items quedan fuera de la nueva estructura factorial.

TABLA 28: ESTRUCTURA FACTORIAL TEÓRICA Y CORRESPONDENCIA DE CADA ITEM CON LA ESTRUCTURA FACTORIAL EMPÍRICA DEL IEA.

Factor empírico	Item	Factor teórico	Subfactor teórico
Trans	Transición a la parentalidad IEA20 mi vida está ahora supeditada a las necesidades de mi hijo	TRANS	ROL
Trans	IEA37 el niño me ocupa todo el tiempo de que dispongo	TRANS	ROL
Trans	IEA42 desde que mi hijo está en casa no tengo tiempo para estar solo	TRANS	ROL
Trans	IEA4 ha aumentado mucho el volúmen de trabajo en el hogar desde que está mi hijo	TRANS	TRB
Trans	IEA27 a veces no me da tiempo a hacer todo lo que hace falta en casa desde que está mi hijo	TRANS	TRB
Trans	IEA50 ser padre supone una carga excesiva de trabajo para mi	TRANS	TRB
Trans	IEA16 ha sido necesario crear nuevas rutinas en la vida familiar desde que llegó nuestro hijo	TRANS	CBIO
Trans	IEA21 desde que nuestro hijo llegó no podemos hacer las mismas cosas que hacíamos antes	TRANS	CBIO
Trans	IEA55 la llegada de mi hijo ha supuesto un cambio radical en la vida familiar	TRANS	CBIO
Trans	IEA35 estoy más cansado que antes	TRANS	FAT
Trans	IEA38 desde que somos padres han aumentado nuestros problemas de pareja	INTERP	PJA
Trans	IEA43 es difícil encontrar tiempo para la pareja teniendo un hijo	INTERP	PJA

TABLA 28: ESTRUCTURA FACTORIAL TEÓRICA Y CORRESPONDENCIA DE CADA ÍTEM CON LA ESTRUCTURA FACTORIAL EMPÍRICA DEL IEA (CONT.).

Factor empírico		Ítem	Factor teórico	Subfactor teórico	
Vinc	Vinculación paterno-filial	IEA17 a veces pienso que mi hijo no me quiere	VINC	AFEC	
Vinc		IEA30 a mi hijo le cuesta mucho demostrar afecto	VINC	AFEC	
Vinc		IEA45 mi hijo rechaza el contacto físico con algún miembro de la familia	VINC	AFEC	
Vinc		IEA10 alguna vez no me he sentido reconocido como padre/madre por mi hijo	VINC	REC	
Vinc		IEA29 a veces mi hijo dice que se quiere ir de casa	VINC	REC	
Vinc		IEA56 alguna vez mi hijo me ha echado en cara que no soy su padre	VINC	REC	
Vinc		IEA57 pienso que me falta información imprescindible para comprender a mi hijo	PRC	INFO	
Vinc		IEA13 pienso que si X fuera hijo biológico mío todo sería distinto	ADOP	INFER	
Esc		Inserción social y escolar	IEA34 X tenía costumbres extrañas para nosotros cuando llegó	ADOP	CULT
Esc			IEA26 he tenido alguna reunión con el profesor de mi hijo a causa de sus dificultades	EXTRAF	ESC
Esc	IEA49 algunos problemas me han hecho pensar en cambiar a mi hijo de colegio		EXTRAF	ESC	
Esc	IEA54 he tenido que afrontar algunos problemas en el colegio de mi hijo		EXTRAF	ESC	
Esc		IEA12 la edad de mi hijo ha planteado alguna dificultad en su adaptación	NNO	NESP	
Esc		IEA47 mi hijo tiene problemas de conducta	NNO	NESP	
Prc	Proceso	IEA6 he tenido algunos problemas con la ECAI o con el IMMF durante la adopción	PRC	PRC	
Prc		IEA23 me he sentido defraudado y engañado en el proceso de adopción	PRC	PRC	
Prc		IEA31 creo que me han hecho tomar algunas decisiones muy precipitadamente en el proceso	PRC	PRC	
Prc		IEA18 creo que en el país de origen escondieron información importante sobre mi hijo	PRC	INFO	
Prc		IEA40 la ficha de preasignación era insuficiente para conocer el estado de mi hijo	PRC	INFO	
Mono		Monoparentalidad	IEA22 echo de menos tener una pareja en el cuidado de mi hijo	INTERP	MONO
Mono	IEA39 he tenido algunas dificultades por el hecho de cuidar solo de mi hijo		INTERP	MONO	
Mono	IEA44 en ocasiones me siento muy solo por el hecho de no compartir mi maternidad		INTERP	MONO	

TABLA 28: ESTRUCTURA FACTORIAL TEÓRICA Y CORRESPONDENCIA DE CADA ÍTEM CON LA ESTRUCTURA FACTORIAL EMPÍRICA DEL IEA (CONT.).

Factor empírico		Ítem	Factor teórico	Subfactor teórico
Hnos	Relación entre hermanos	IEA5 mis otros hijos tienen más problemas desde que adoptamos a X	INTERP	HNOS
Hnos		IEA9 mi hijo y sus otros hermanos discuten y se pelean mucho	INTERP	HNOS
Hnos		IEA28 han surgido problemas de celos entre mi hijo y sus hermanos	INTERP	HNOS
Nesp		IEA48 me encuentro mal físicamente desde que adopté	TRANS	FAT
Nesp	Necesidades especiales del menor	IEA32 mi hijo tiene alguna minusvalía psíquica	NNO	NESP
Nesp		IEA33 pienso que mi hijo tiene algún trastorno que no ha sido diagnosticado	NNO	NESP
Nesp		IEA58 mi hijo tiene alguna enfermedad crónica	NNO	NESP
Infer	Infertilidad	IEA51 mi pareja y yo discutimos más desde que nuestro hijo está con nosotros	INTERP	PJA
Infer		IEA2 todavía me siento herido o frustrado por no poder tener hijos biológicos	ADOP	INFER
Infer		IEA19 me siento mal por mi infertilidad o la de mi pareja	ADOP	INFER
Dsq	Desquilibrio	IEA3 mi hijo sólo se relaciona con personas de un sexo	VINC	DSQ
Dsq		IEA8 mi hijo siente una clara predilección por uno de los miembros de la pareja	VINC	DSQ
Dsq		IEA14 mi hijo sólo se relaciona con uno de los dos miembros de la pareja	VINC	DSQ
Trb	Aumento de trabajo	IEA53 duermo menos que antes	TRANS	FAT
Trb		IEA4 ha aumentado mucho el volumen de trabajo en el hogar desde que está mi hijo	TRANS	TRB
Trb		IEA16 ha sido necesario crear nuevas rutinas en la vida familiar desde que llegó nuestro hijo	TRANS	CBIO
Fca	Minusvalía física	IEA7 mi hijo tiene alguna minusvalía física	NNO	NESP
Fco		IEA45 mi hijo rechaza el contacto físico con algún miembro de la familia	VINC	AFEC
Cult	Inserción cultural	IEA25 le ha costado acostumbrarse a su entorno	ADOP	CULT
Cult		IEA41 hemos tenido algunos problemas para entendernos con X a causa del idioma	ADOP	CULT
Cult		IEA12 la edad de mi hijo ha planteado alguna dificultad en su adaptación	NNO	NESP

TABLA 28: ESTRUCTURA FACTORIAL TEÓRICA Y CORRESPONDENCIA DE CADA ÍTEM CON LA ESTRUCTURA FACTORIAL EMPÍRICA DEL IEA (CONT.).

Factor empírico	Ítem	Factor teórico	Subfactor teórico
Stg	Estigmatización	IEA15 se han presentado episodios de racismo/xenofobia hacia mi hijo	ADOP STG
Stg		IEA36 siento que la gente me mira por la calle cuando voy con mi hijo	ADOP STG
Stg		IEA41 hemos tenido algunos problemas para entendernos con X a causa del idioma	ADOP CULT
Otr	Otras ⁽¹⁾	IEA11 la familia biológica de mi hijo ha intentado ponerse en contacto con él	ADOP BIOL
Otr		IEA24 a veces pienso que la familia biológica de mi hijo puede aparecer en cualquier momento	ADOP BIOL
Otr		IEA46 mi hijo habla a veces de su familia biológica	ADOP BIOL
Otr		IEA52 he adoptado más de un niño a la vez	NNO NESP
Otr		IEA1 algún familiar o amigo cercano ha manifestado rechazo hacia mi hijo	ADOP STG

“Otr” no se refiere a un factor sino al aglutinante de los ítems que han quedado fuera de la estructura factorial definitiva. INTERP=dificultades interpersonales; ADOP=dificultades de transición adoptiva; EXTRAF= dificultades extrafamiliares; ROL=restricción de rol; TRB=aumento del trabajo en casa; CBIO=cambio en las rutinas familiares; FAT=aumento de fatiga; PJA=problemas de pareja; AFEC=dificultades en la expresión de los afectos; REC= falta de reconocimiento como padres; INFO=Falta de información; BIOL=problemas con la familia biológica.

La estructura factorial empírica es suficientemente congruente con la estructura teórica con lo que el instrumento nos permite medir de un modo razonablemente válido las dimensiones que integran el concepto de estrés adoptivo tal y como ha sido explicado en el apartado de instrumentos.

La fiabilidad de este cuestionario final es de α de Cronbach=0,9112. Los índices de fiabilidad de las subescalas resultantes del análisis factorial se sitúan entre 0,8879 y 0,3904 como queda expresado en la Tabla 29.

La mayoría de las dimensiones del cuestionario tienen índices de fiabilidad que superan un índice de 0,6 lo que las hace más que aceptables. Las subescalas de “infertilidad irresuelta”, “desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja” y “estigmatización” tienen índices de fiabilidad de $\alpha=0,5414$, $\alpha=0,5018$ y $\alpha=0,4817$ respectivamente, que, si bien no son muy altos, dada la escasa longitud de los factores (tres ítems cada una) se pueden considerar suficientes. La dimensión con una fiabilidad más baja es la “minusvalía física del menor”. En este caso la longitud de la escala es aún menor (2 ítems) lo que podría estar justificando este índice pero deberemos tener muy en cuenta este dato a la hora de interpretar los resultados derivados de la utilización de esta subescala.

TABLA 29: ÍNDICES DE FIABILIDAD DE LAS SUBESCALAS DEL IEA.

Abrev.	Subescala	α de Cronbach
TRANS	Transición a la parentalidad	0,8879
VINC	Vinculación paterno-filial	0,8410
ESC	Inserción social y escolar	0,8525
PRC	Proceso	0,8061
MONO	Monoparentalidad	0,8331
HNOS	Hermanos	0,7841
NESP	Necesidades especiales del menor	0,7141
INFER	Infertilidad irresuelta	0,5414
DSQ	Desequilibrio en la aceptación de la pareja	0,5018
TRB	Aumento de trabajo en el hogar	0,6464
FCA	Minusvalía física en el menor	0,3904
CULT	Inserción cultural	0,6130
STG	Estigmatización	0,4817
IEATOT	Total de estrés adoptivo	0,9112

TRANS= transición a la parentalidad;VINC= dificultades de vinculación paterno-filial; ESC= dificultades de integración social y escolar; PRC= dificultades en el proceso; MONO=estrés derivado monoparentalidad; HNOS= dificultades entre hermanos; NESP= cuidado de un menor con necesidades especiales; INFER= no aceptación de la infertilidad; DSQ= desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja; TRB= aumento de trabajo; FCA= minusvalía física; CULT= inserción cultural; STG= adopción como estigma; IEATOT=Total de estrés adoptivo.En la tabla se resumen los índices de fiabilidad por α de Cronbach de las distintas subescalas del "Índice de estrés adoptivo".

En su conjunto, tanto la validez factorial del instrumento como su fiabilidad total y las fiabilidades de sus subescalas aportan las suficientes garantías científicas para utilizarlo en el análisis de los datos.

6.3.2. PERCEPCIÓN DE LA SITUACIÓN ADOPTIVA (PSA)

Como ya indicamos en el capítulo de instrumentos, el bloque de 16 ítems en el que se pregunta a los padres su percepción del proceso de adaptación contiene dos escalas teóricamente independientes. La primera de ellas pretende medir el acercamiento cognitivo que hace la familia al periodo de adaptación familiar en términos de control y capacidad de predecir los acontecimientos que se están presentando. La segunda escala mediría la adaptación subjetiva de la familia en el momento actual a través de la interacción familiar positiva y la percepción sobre el grado de adaptación familiar.

EXPECTATIVAS DE ADAPTACIÓN (FIABILIDAD Y VALIDEZ)

Para comprobar la validez de la estructura teórica de esta escala (detallada en el capítulo de instrumentos) se realizó un análisis factorial por el método de com-

ponentes principales, obteniendo, tras una rotación varimax, dos factores con autovalores mayores que uno y un 56,07% de varianza explicada (Tabla 30).

TABLA 30: VARIANZA TOTAL DE LAS EXPECTATIVAS DE ADAPTACIÓN EXPLICADA POR EL PSA.

Componente	Total	Autovalores iniciales	
		% de la varianza	% acumulado
1	3,34	41,77	41,77
2	1,14	14,30	56,07

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Estos dos factores interrelacionados explican individualmente más del 10% de la varianza total del cuestionario y se estructuran tal y como se detalla a continuación (ver Tabla 31):

Factor 1: Expectativas de control: este primer factor explica la mayor parte de la varianza (un 41,77%) y agrupa, con índices de saturación superiores a $\pm 0,3$, los items pertenecientes a la dimensión teórica de “Expectativas de control” a excepción del item psa11: “Ser madre/padre está resultando más fácil de lo que yo esperaba” que parece tener más que ver con lo que el sujeto esperaba que con su percepción actual de eficacia frente a las tareas parentales. También forman parte de este factor empírico dos items del subfactor teórico de “Confirmación de expectativas”. El item psa5: “me había imaginado que ser padre sería más o menos así” parece estar relacionado tanto con lo que el sujeto esperaba (confirmación) como con su sensación de controlar el desempeño de su rol (“estoy siendo lo que yo imagino que es un padre/madre”).

TABLA 31: MATRIZ FACTORIAL ROTADA DE LAS EXPECTATIVAS DE ADAPTACIÓN

Factor teórico	Item	Componente	
		1	2
Confir	PSA1 antes de adoptar ya sabía que podían presentarse situaciones así	0,040	0,760
Confir	PSA3 el comportamiento de X es esperable para su edad y sexo	0,575	0,496
Confir	PSA5 me había imaginado que ser padre a sería más o menos así	0,465	0,681
Ctrol	PSA6 me siento capaz de hacer que mi hijo se sienta querido	0,851	-0,043
Ctrol	PSA7 me siento capaz de resolver problemas de educación	0,814	0,261
Ctrol	PSA10 pienso que soy una buena madre/padre	0,687	0,193
Ctrol	PSA11 ser madre está resultando más fácil de lo que yo esperaba	0,161	0,669
Confir	PSA16 viendo la ficha de preasignación se podían preveer las dificultades	0,074	0,452

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. Se marcan en negrita los coeficientes de saturación de los items en cada factor que superan el $\pm 0,300$ en la matriz factorial rotada.

El ítem psa3: “El comportamiento de X es esperable para su edad y sexo” incluye el comportamiento del menor en el factor, de manera que podríamos pensar que la dimensión que subyace tiene que ver con la sensación de la familia de que puede controlar la situación porque es eficaz (control) y porque el comportamiento del menor entra dentro de los que consideran normal o esperable (por lo que también satura en el segundo factor, aunque con menor fuerza).

Factor 2: Confirmación de expectativas previas: explica un 14,30% de la varianza y saturan en él con índices superiores a $\pm 0,3$ todos los ítems pertenecientes a la subescala teórica de “Confirmación de expectativas”, así como el ítem psa 11 de la escala teórica de “Expectativas de control” tal y como se ha indicado previamente. Es de destacar que, al contrario que el ítem psa3, el ítem psa5 tiene un mayor índice de saturación en este factor que en el primero. El factor que subyace a esta estructura empírica parece íntimamente relacionado con el factor teórico relacionados con la preparación previa de la familia, con la predecibilidad de las situaciones y, en definitiva, con la no ruptura de las expectativas con las que la familia se acercó a la adopción (“ya sabía”, “es esperable”, “me había imaginado”, “yo esperaba”, “se podía prever”) (Tabla 31). El único ítem que parece no confirmar las expectativas es el ítem psa11 pero destacando que la paternidad las ha superado (es más fácil de lo que se esperaba).

Tras el análisis factorial, nuestros subfactores teóricos de expectativas de control y confirmación de expectativas quedan entremezclados y en cierto modo corregidos en la dirección de McCubbin y cols. (1998) pero no pierden la diferenciación que se pretendía en su construcción.

La fiabilidad de la escala definitiva alcanza un α de Cronbach de 0,7311. Las fiabilidades parciales de las subescalas son de α de Cronbach=0,7978 para las expectativas de control y de α de Cronbach=0,6467 para la confirmación de expectativas previas, superiores en ambos casos a 0,6 a pesar de su corta longitud (cuatro ítems cada una).

Tanto la estructura factorial del cuestionario como la fiabilidad total y parcial ofrece las suficientes garantías científicas para la utilización de este instrumento en el análisis de datos.

ADAPTACIÓN (VALIDEZ Y FIABILIDAD)

Nuevamente, para comprobar la validez de la estructura teórica del cuestionario se realizó un análisis factorial por el método de componentes principales, obteniendo, tras una rotación varimax, un solo factor que explica el 69,38% de la varianza del cuestionario. Como podemos observar en la Tabla 32 todos los ítems saturan con bastante fuerza en este único factor. Así, nuestras dos subescalas teóricas (“actividades reforzantes” y “percepción del grado de adaptación”) parecen medir un solo constructo que tiene que ver con la satisfacción de la familia y su interacción familiar positiva al que llamaremos “adaptación familiar”.

TABLA 32: MATRIZ FACTORIAL DE LA ADAPTACIÓN FAMILIAR.

	Componente 1
PSA2 creo que mi hijo se ha adaptado satisfactoriamente a la familia	0,848
PSA4 la vida familiar se ha enriquecido desde que está X	0,900
PSA8 merece la pena adoptar a pesar de las dificultades	0,825
PSA9 mi hijo ya es uno más de la familia	0,695
PSA12 ser padre de este hijo me hace sentir bien	0,898
PSA13 si pudiéramos volver atrás volveríamos a adoptar a X	0,828
PSA14 tengo muy buenos momentos con mi hijo	0,842
PSA15 todos estamos contentos de haber adoptado a X	0,811

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

La escala de adaptación familiar a la adopción alcanza un α de Cronbach de 0,9308.

El alto índice de fiabilidad y la cohesión factorial del constructo de adaptación familiar hacen que el instrumento ofrezca las suficientes garantías científicas para su utilización en el análisis de datos.

6.3.3. OTRAS ESCALAS

En la quedan detallados los índices de fiabilidad totales y parciales para nuestra muestra de las escalas tomadas de la literatura previa junto con los índices de fiabilidad aportados por sus autores.

TABLA 33: ÍNDICES DE FIABILIDAD DE LAS ESCALAS UTILIZADAS PARA NUESTRA MUESTRA Y PARA LA MUESTRA NORMATIVA

Escala	Muestra de estudio	Muestra normativa
Problemas de conducta del menor al llegar (CBCL-pre)		
Total	0.9492	0,93
Sdrome Internalizantes	0.8862	0,89
Sdrome Externalizante	0.9061	0,93
P. Aislamiento	0.7613	0,82
Quejas somáticas	0.5956	0,95
p. Ansiedad	0.8449	0,86
P. Sociales	0.6532	0,87
P. Pensamiento	0.7177	0,82
P. Atención	0.8456	0,90
C. Delincuente	0.6680	0,86
C. Agresiva	0.8962	0,91
P. Sexuales	0.7734	0,83
Otros problemas	0.7687	

TABLA 33: ÍNDICES DE FIABILIDAD DE LAS ESCALAS UTILIZADAS PARA NUESTRA MUESTRA Y PARA LA MUESTRA NORMATIVA (CONT.)

Escala	Muestra de estudio	Muestra normativa
Estrategias familiares de afrontamiento (FCOPES)		
Total	0,8416	0,84
Búsqueda de apoyo social	0,8379	0,82
Reestructuración positiva	0,7844	0,82
Búsqueda de apoyo espiritual	0,8452	0,79
Movilización familiar	0,5445	0,71
Valoración pasiva	0,4123	0,64
Errores educativos (PS)		
EEduc	0,6134	0,84
Laxitud	0,6685	0,82
Sobrerreactividad	0,5892	0,83
Problemas de conducta del menor en la actualidad (CBCL-post)		
Total	0,9432	0,93
Sdrome Internalizantes	0,7986	0,89
Sdrome Externalizante	0,9081	0,93
P. Aislamiento	0,6551	0,82
Quejas somáticas	0,4992	0,95
p. Ansiedad	0,7084	0,86
P. Sociales	0,6586	0,87
P. Pensamiento	0,6049	0,82
P. Atención	0,8414	0,90
C. Delincuente	0,6421	0,86
C. Agresiva	0,9029	0,91
P. Sexuales	0,6605	0,83
Otros problemas	0,6638	

Estadístico: α de Cronbach.

Con respecto a la validez factorial del PS, Irvine y cols. (1999) informan de que la estructura de dos factores (sobrerreactividad y laxitud) consigue explicar más de un 0,80% de la varianza de las puntuaciones. Ya hemos apuntado, en cuanto a la validez de constructo, la correspondencia de las puntuaciones en las dimensiones del PS con distintos cuestionarios sobre los estilos educativos (Arnold y cols, 1993).

Las garantías científicas del CBCL son muy altas. Achenbach (1991) informa de los índices de fiabilidad encontrados en la escala para los distintos sexos y grupos de edad tal y como queda expresado en la Tabla 34.

TABLA 34: ÍNDICES DE FIABILIDAD DEL CBCL POR SUBESCALAS

Escala	Chicas		Chicos		Test-Retest
	4-11 años	12-18 años	4-11 años	12-18 años	
P. Aislamiento	0.77	0.81	0.76	0.80	0.82
Q. Somáticas	0.76	0.79	0.68	0.72	0.95
P. Ansiedad	0.87	0.88	0.87	0.86	0.86
P. Sociales	0.74	0.76	0.72	0.76	0.87
P. de pensamiento	0.66	0.70	0.62	0.68	0.82
P. de Atención	0.84	0.84	0.84	0.83	0.90
C. Delincuente	0.73	0.84	0.74	0.83	0.86
C. Agresiva	0.92	0.92	0.92	0.92	0.91
P. Sexuales	0.54	-	0.56	-	0.83
S. Internalizante	0.90	0.92	0.89	0.90	0.89
S. Externalizante	0.93	0.93	0.93	0.93	0.93
Total	0.96	0.96	0.96	0.96	0.93

En las primeras cuatro columnas de la tabla se muestra el alpha de Cronbach por subescalas del CBCL (Achenbach, 1991) para los distintos sexos y grupos de edad. Los problemas sexuales no se midieron para los menores de 12 a 18 años. La última columna expresa la fiabilidad test-retest (media de las correlaciones para chicos y chicas de todos los grupos de edad).

En muestra española, Sardinero y cols. (1997) informan de unos índices de fiabilidad por alpha de Cronbach para el síndrome internalizante de 0,81 y 0,71 para niñas y niños respectivamente y para el síndrome externalizante de .87 y 0,83 también para niñas y niños respectivamente y confirman la estructura interna del cuestionario propuesta por Achenbach y Edelbrock (1983).

En cuanto a la validez, el CBCL presenta evidencias suficientes acerca de su validez de constructo, sostenida sobre las correlaciones de las escalas del CBCL con escalas análogas, y de la validez de criterio, es decir, su capacidad de discriminar entre niños de poblaciones clínicas y no clínicas (Achenbach, 1991). Sardinero y cols. (1997) con respecto a la validez de criterio valoran como positiva la sensibilidad (capacidad de la prueba para identificar como clínicos los casos clínicos de la población) y la especificidad del cuestionario (capacidad de la prueba de identificar como no-clínicos los casos no-clínicos de una población) aunque lo consideran más específico que sensible.

En el Anexo III se puede consultar el resultado del análisis factorial para estas escalas en nuestra muestra.

6.4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS PRINCIPALES VARIABLES

En este apartado analizaremos por separado cada una de nuestras variables de estudio siguiendo el siguiente esquema:

1. En primer lugar haremos un análisis descriptivo de los ítems más frecuentes y menos frecuentes de cada escala que nos permita un acercamiento en cierto modo cualitativo a los informes de los sujetos.
2. En segundo lugar analizaremos los valores promedio de cada una de las dimensiones de la escala.
3. En tercer lugar, compararemos nuestra muestra con las puntuaciones normativas en caso de que existan o con alguna muestra importante de referencia si esto fuera posible.

6.4.1. LA CONDUCTA DEL MENOR AL LLEGAR

Los problemas más frecuentes en los menores de manera inmediata a su adopción (recordados al menos un año más tarde) son las dificultades para concentrarse o prestar atención por mucho rato que se dan en un 80% de los menores y la exigencia de atención y la actuación madura acorde a su edad que se dan en más de un 70% de los casos. Tal y como observamos en la Tabla 35, más de un 60% de los menores hacen las cosas con impulsividad o sin pensar, están intranquilos o demasiado activos, parecen nerviosos, sensibles o tensos o son demasiado dependientes de los adultos. Finalmente más del 50% de los menores tenían al llegar

TABLA 35: CONDUCTAS QUE SE DAN AL LLEGAR EN MÁS DEL 50% DE LOS MENORES

	Falso	En parte	Cierto
8. Le cuesta concentrarse o prestar atención por mucho rato.	20,0	24,8	55,2
19. Exige mucha atención.	21,2	35,8	43,0
1. Actúa demasiado inmaduro para su edad.	25,5	26,1	48,5
41. Impulsivo, hace las cosas sin pensar.	31,5	44,2	24,2
10. Está intranquilo, demasiado activo, no puede sentarse quieto.	32,7	20,6	46,7
45. Nervioso, sensible o tenso.	33,9	32,7	33,3
11. Apegado a los adultos, demasiado dependiente.	37,0	27,3	35,8
95. Rabietas o mal genio.	39,4	33,3	27,3
22. Desobediente en casa.	41,2	40,6	18,2
43. Dice mentiras o hace trampas.	42,4	41,8	15,8
79. Problemas con la pronunciación o el habla.	44,2	15,8	40,0
27. Fácilmente celoso.	44,8	32,7	22,4
61. Trabajo escolar deficiente.	47,9	23,0	29,1
88. Se enfurruña o incomoda fácilmente.	48,5	32,7	18,8
26. No parece sentirse culpable después de portarse mal.	49,7	32,7	17,6
74. Le gusta llamar la atención, se "hace el payaso".	49,7	35,2	15,2

En la tabla se muestran los porcentajes de respuesta a los problemas de conducta que se han dado en un 50% o más de los menores (menos de un 50% de las familias han contestado falso o nunca o casi nunca en ese ítem).

rabietas o mal genio, eran desobedientes en casa, decían mentiras o hacían trampas, tenían problemas con la pronunciación o el habla, eran fácilmente celosos, tenían un trabajo escolar deficiente, se enfurruñaban o incomodaban fácilmente, no mostraban sentimientos de culpa cuando se portaban mal o les gustaba llamar la atención y hacer el payaso.

Por el contrario, las conductas más infrecuentes de los menores al llegar, según los padres, fueron hacer novillos o jugar con los excrementos que no se dieron en ningún caso como podemos observar en la Tabla 36. Menos de un 2% de los meno-

TABLA 36: CONDUCTAS QUE SE DAN AL LLEGAR EN MENOS DEL 10% DE LOS MENORES

	Falso	En parte	Cierto
78. Embadurna o juega con sus excrementos.	100	0,0	0,0
101. Falta a la escuela, hace novillos.	100	0,0	0,0
105. Toma alcohol o usa drogas	98,8	1,2	0,0
4. Tiene asma.	98,2	1,2	0,6
55. Demasiado gordo.	98,2	1,2	0,6
106. Vandalismo, gamberrismo.	98,2	0,6	1,2
81. Roba en casa.	97,9	9,1	3,0
70. Ve cosas que no están allí	97,6	1,8	0,6
39. Tiene malas compañías.	97,0	2,4	0,6
67. Se fuga de casa.	97,0	2,4	0,6
73. Problemas sexuales	97,0	1,2	1,8
72. Prende fuegos.	96,4	3,6	0,0
40. Oye cosas o personas que no están allí	95,2	4,2	0,6
110. Le gustaría pertenecer al otro sexo.	95,2	4,2	0,6
51. Le dan mareos.	93,9	4,8	1,2
56. Síntomas físicos para los que no se ha encontrado una causa médica.	93,9	3,6	2,4
91. Dice que se quiere matar.	93,9	5,5	0,6
28. Come o bebe cosas que no son comida	92,1	4,2	3,6
82. Roba fuera de casa.	92,1	4,8	3,0
15. Cruel con los animales.	91,5	6,1	2,4
59. Juega con los órganos sexuales en público.	91,5	5,5	3,0
94. Se burla mucho de otros niños.	91,5	6,7	1,8
96. Piensa demasiado sobre temas sexuales.	90,9	6,1	3,0
111. Retraído, insociable.	90,9	7,9	1,2
112. Preocupón.	90,9	4,2	4,8

En la tabla se muestran los porcentajes de respuesta a los problemas de conducta que se han dado menos de un 10% de los menores (más de un 90% de las familias han contestado falso o nunca o casi nunca en ese ítem).

res tomaron alcohol o usaron drogas, tuvieron conductas de vandalismo o gamberismo, eran demasiado gordos o tenían asma. Entre un 2 y un 3% de los menores robaron en casa, veían cosas que no estaban allí, tuvieron problemas sexuales, se fugaron de casa o fueron con malas compañías. Menos de un 5% prendieron fuegos, hubieran querido pertenecer a otro sexo u oían cosas o personas que no estaban ahí. Menos de un 6% de los menores manifestaron que se querían matar, tuvieron síntomas físicos para los que no se había encontrado una causa médica o tenían mareos. Menos de un 8% habían robado fuera de casa, comían o bebían cosas que no eran comida (exceptuando las chucherías...), menos de un 9% se burlaba mucho de otros niños, jugaba con los órganos sexuales en público, era cruel con los animales y menos de un 10% era preocupón, retraído o insociable o pensaba demasiado en temas sexuales.

En la Tabla 37 se muestran la media y la desviación típica de las distintas subescalas del CBCL. A su vez, para poder comparar la presencia de determinadas problemáticas de los menores, dada la diferente longitud de dichas subescalas, hemos ponderado sus puntuaciones en función del número de items de la escala.

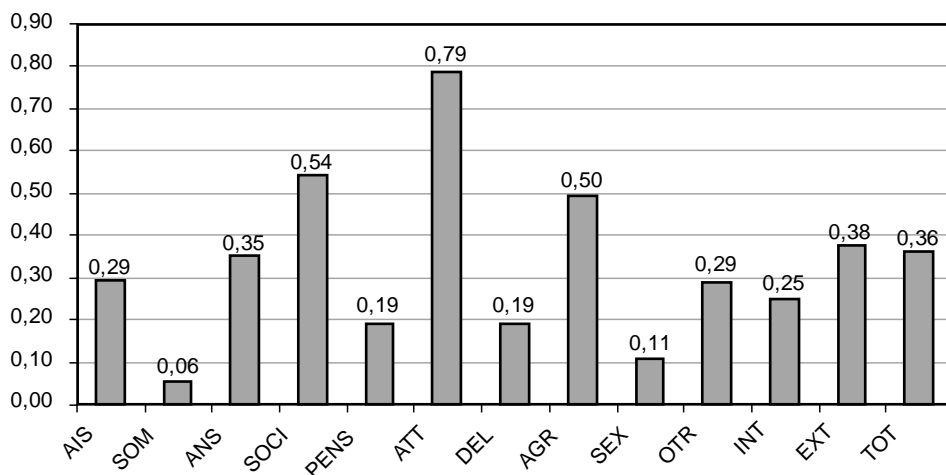
TABLA 37: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA DEL MENOR AL LLEGAR POR SÍNDROMES.

	Nº items	Rango	\bar{X}	S_x	\bar{X}_p
Problemas de aislamiento	9	0-2	2,65	2,88	0,29
Quejas somáticas	10	0-2	0,56	1,29	0,06
Problemas de ansiedad	14	0-2	4,91	4,91	0,35
Problemas sociales	8	0-2	4,35	2,94	0,54
Problemas de pensamiento	7	0-2	1,35	2,14	0,19
Problemas de atención	11	0-2	8,66	5,32	0,79
Conductas delincuentes	13	0-2	2,48	2,51	0,19
Conducta agresiva	20	0-2	9,91	7,68	0,50
Problemas sexuales	6	0-2	0,64	1,55	0,11
Otros problemas	33	0-2	9,52	6,79	0,29
Conducta internalizante	32	0-2	7,98	7,77	0,25
Conducta externalizante	33	0-2	12,39	9,60	0,38
Total problemas	113	0-2	40,67	26,06	0,36

En la tabla se muestra el número de items de cada escala del CBCL y el rango de respuesta a cada item así como la media, la desviación típica y la media ponderada en función del número de items. Se marcan en negrita los síndromes de banda achá así como el total de problemas de conducta.

En el Gráfico 9 podemos ver cómo los problemas de conducta que se da con mayor frecuencia en nuestra muestra son los problemas de atención ($\bar{X}_p=0,79$),

GRÁFICO 9: MEDIAS PONDERADAS DE LAS DIMENSIONES DE LA CONDUCTA DEL MENOR AL LLEGAR.



En el gráfico, las barras representan la media ponderada en función del número de ítems de cada subsíndrome y síndrome del CBCL. AIS=problemas de aislamiento; SOM=quejas somáticas; ANS=problemas de ansiedad; SOCI=problemas sociales; PENS=problemas de pensamiento; ATT=problemas de atención; DEL=conductas delincuentes; AGR=conductas agresivas; SEX=problemas sexuales; OTR=otros problemas; INT=síndrome internalizante; EXT=síndrome externalizante; TOT=total problemas de conducta.

seguidos a cierta distancia de los problemas sociales ($\bar{X}_p=0,54$) y de la conducta agresiva ($\bar{X}_p=0,50$). Por el contrario, los problemas menos frecuentes son las quejas somáticas ($\bar{X}_p=0,06$), los problemas sexuales ($\bar{X}_p=0,11$), los problemas de pensamiento ($\bar{X}_p=0,19$) y la conducta delincuente ($\bar{X}_p=0,19$)

En el análisis de los rangos de la conducta del menor al llegar se observa que la mayoría de los menores de la muestra (58,1%) se encuentran al llegar a su hogar adoptivo dentro de un rango normal de problemas de conducta tal y como son relatados por sus padres. Sin embargo, un 38,7% de ellos llegan al hogar con un volumen de problemas de conducta dentro del rango clínico y un 3,2% están en el límite (Tabla 38).

El tipo de problemas que se encuentra dentro de un rango normal con más frecuencia son las quejas somáticas (96,2%) seguidas por los problemas de aislamiento (89,7%), la conducta agresiva (85,9%), los problemas de pensamiento (82,4%), los problemas de ansiedad (84,0%) y las conductas delincuentes (84,0%).

Por otro lado, el tipo de conductas que alcanza un rango clínico o límite con más frecuencia en nuestra muestra son los problemas sociales (40%) y, por encima de todos, los problemas de atención (50,3%).

TABLA 38: PORCENTAJE DE MENORES CON PROBLEMAS DE CONDUCTA NORMALES, LÍMITES O CRÍTICOS EN LOS PRIMEROS Y LOS ÚLTIMOS SEIS MESES.

	En los primeros seis meses		
	Rango normal	Rango límite	Rango clínico
Total problemas	58,1	3,2	38,7
Sdrome. Interiorizado	68,6	8,3	23,1
Sdrome. Exteriorizado	74,4	5,1	20,5
Aislamiento	89,7	3,2	7,1
Quejas somáticas	96,2	1,9	1,9
Ansiedad/ Depresión	84	5,8	10,3
Problemas sociales	60	20	20
Problemas de pensamiento	82,4	7,9	9,7
Problemas de atención	49,7	21,3	29,0
Conducta delincuente	84	10,9	5,1
Conducta agresiva	85,9	6,4	7,7

En las casillas se muestran los porcentajes válidos de los rangos normales, límites o clínicos en cada subsíndrome del CBCL. Rangos derivados de la muestra normativa americana en varones de Achenbach (2000).

Si atendemos a los síndromes de banda ancha, un mayor número de menores tiene una conducta normal en el síndrome externalizante (74,4%) que en el internalizante (68,6%) al llegar al hogar.

6.4.2. EL ESTRÉS FAMILIAR

Las fuentes de estrés más frecuentes en la muestra (aparecen en más del 50% de las familias) están relacionadas fundamentalmente con los cambios relacionados con la transición a la parentalidad (el cambio en las rutinas de la vida familias, la restricción de rol asociada a la llegada de un hijo, la falta de tiempo para la pareja y el aumento del trabajo en el hogar y el cansancio asociado a este aumento de trabajo). También aparecen con gran frecuencia las fuentes de estrés relacionadas con la integración del menor en el colegio (reuniones con el profesor por causa de las dificultades o afrontamiento de problemas escolares) y, como específicas de la adopción, la sensación de que la ficha de preasignación del menor era insuficiente para conocer el estado del menor (Tabla 39).

Por otro lado, las fuentes de estrés más infrecuentes en nuestra muestra tienen que ver con las dificultades de relación afectiva del menor con una o varias personas, con el miedo a que aparezca la familia biológica, con las fuentes de estrés derivadas de las dificultades de aceptación de la infertilidad, la sensación de que en el país de origen escondieron información importante o las necesidades especiales del menor (minusvalía física o enfermedad crónica) (Tabla 40).

TABLA 39: ÍTEMS QUE APARECEN EN MÁS DEL 50% DE LAS FAMILIAS.

Item	%
4. Ha aumentado mucho el volumen de trabajo en el hogar desde que está mi hijo	92,7
16. Ha sido necesario crear nuevas rutinas en la vida familiar desde que llegó nuestro hijo	89,0
20. Mi vida está ahora supeditada a las necesidades de mi hijo	84,7
55. La llegada de mi hijo ha supuesto un cambio radical en la vida familiar	78,0
26. he tenido alguna reunión con el profesor de mi hijo a causa de sus dificultades	74,4
21. Desde que nuestro hijo llegó no podemos hacer las mismas cosas que hacíamos antes como pareja o como familia	73,2
37. El niño me ocupa todo el tiempo de que dispongo	72,0
35. Estoy más cansado que antes	70,1
27. A veces no me da tiempo a hacer todo lo que hace falta en casa desde que está mi hijo	68,3
42. Desde que mi hijo está en casa no tengo tiempo para estar sólo	64,6
40. La ficha de preasignación era insuficiente para conocer el estado de mi hijo	55,5
43. Es difícil encontrar tiempo para la pareja teniendo un hijo	51,2
54. He tenido que afrontar algunos problemas en el colegio de mi hijo	50,9

En la tabla se incluyen aquellos ítems en los que han puntuado (independientemente del grado de dificultad atribuido) más de la mitad de las familias ordenados de mayor a menor porcentaje de aparición (%).

TABLA 40: ÍTEMS QUE APARECEN EN MENOS DEL 10% DE LAS FAMILIAS.

Item	No aparece
11. La familia biológica de mi hijo ha intentado ponerse en contacto con él	98,8
3. Mi hijo sólo se relaciona con personas de un sexo	98,2
19. Me siento mal por mi infertilidad o la de mi pareja	95,7
18. Creo que en el país de origen escondieron información importante sobre mi hijo	95,7
45. Mi hijo rechaza el contacto físico conmigo o con otros miembros de la familia	94,5
14. Mi hijo sólo se relaciona con uno de los dos miembros de la pareja	94,5
24. A veces pienso que la familia biológica de mi hijo puede aparecer en cualquier momento	93,9
7. Mi hijo tiene alguna minusvalía física	93,9
2. Todavía me siento herido o frustrado por no poder tener hijos biológicos	93,3
58. Mi hijo tiene alguna enfermedad crónica	90,2

En la tabla se incluyen aquellos ítems en los que han puntuado (independientemente del grado de dificultad atribuido) menos de un 10% de las familias ordenados de menor a mayor porcentaje de aparición.

La existencia de determinada fuente de estrés no es suficiente para comprender el grado en que determinadas circunstancias suponen una dificultad grave para la integración familiar. Las fuentes de estrés que han sido consideradas de dificultad grave por más de un 15% de las familias en las que se ha dado son el que el menor sólo se relacione con las personas de un sexo (33,3%), los problemas con las ECAI o el IMMF durante el proceso (33,3%), el haberse sentido defraudado o engañado en el proceso (26,4%), el haber adoptado más de un niño a la vez (24,3%), la sensación de que falta información imprescindible para comprender al menor (22,8%), el haber pensado en cambiar al hijo de colegio por sus problemas (22,2%), la insuficiencia de la ficha de preasignación para conocer el estado del menor (19,8%), la minusvalía psíquica en el menor (17,3%) o la sensación de que se hizo a la familia tomar algunas decisiones precipitadamente durante el proceso (17,3%) como podemos observar en la Tabla 41.

Observamos en la Tabla 42 los estadísticos descriptivos de las distintas dimensiones del índice de estrés adoptivo. Al ser estos índices difíciles de interpretar debido al diferente número de ítems en cada escala decidimos ponderar estos valores en función del número de ítems de la escala para poder comparar el grado en el que se dan en las familias estudiadas.

TABLA 41: FUENTES DE ESTRÉS QUE, DE DARSE, HAN SIDO CONSIDERADOS GRAVES POR MÁS DE UN 10% DE LAS FAMILIAS.

	Se ha			
	dado	Leve	Mod	Grave
3. Mi hijo sólo se relaciona con personas de un sexo	1,8	33,3	33,3	33,3
6. He tenido algunos problemas con la ECAI o con el IMMF durante la adopción	43,9	29,2	37,6	33,3
23. Me he sentido defraudado y engañado en el proceso de adopción	29,9	48,8	24,4	26,4
52. He adoptado más de un niño a la vez	17,7	62,1	13,6	24,3
57. Pienso que me falta información imprescindible para comprender a mi hijo	26,8	56,7	20,5	22,8
49. Algunos problemas me han hecho pensar en cambiar a mi hijo de colegio	32,9	55,6	22,2	22,2
40. La ficha de preasignación era insuficiente para conocer el estado de mi hijo	55,5	50,5	29,7	19,8
32. Mi hijo tiene alguna minusvalía psíquica	10,4	70,2	11,5	17,3
31. Creo que se me hicieron tomar algunas decisiones muy precipitadamente durante el proceso de adopción	10,4	70,2	11,5	17,3
47. Mi hijo tiene problemas de conducta	38,4	53,9	30,2	15,9

En la tabla se incluyen los ítems que, de darse, han sido considerados graves por más de un 15% de las familias y los porcentajes de respuesta para dichos ítems.

TABLA 42: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS DIMENSIONES DEL ESTRÉS FAMILIAR.

	Items	Rango	\bar{X}	S_x	\bar{X}_p
TRANS: Transición a la parentalidad	12	0-3	11,98	6,27	1
VINC: Dificultades de vinculación paterno-filial	8	0-3	1,59	2,94	0,20
ESC: Dificultades de integración social y escolar	6	0-3	4,29	4,07	0,72
PRC: Dificultades en el proceso	5	0-3	3,38	3,71	0,68
MONO: Estrés derivado monoparentalidad	3	0-3	0,53	1,30	0,18
HNOS: Dificultades entre hermanos	3	0-3	1,04	1,70	0,35
NESP: Cuidado de un menor con necesidades especiales	4	0-3	0,68	1,52	0,17
INFER: No aceptación de la infertilidad	3	0-3	0,51	0,89	0,17
DSQ: Desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja	3	0-3	0,56	0,99	0,19
TRB: Aumento de trabajo	3	0-3	3,58	1,68	1,19
FCA: Minusvalía física	2	0-3	0,15	0,51	0,07
CULT: Inserción cultural	3	0-3	1,88	1,89	0,63
STG: Adopción como estigma	3	0-3	1,14	1,35	0,38
IEATOT: Total de estrés adoptivo	58	0-3	27,88	16,26	

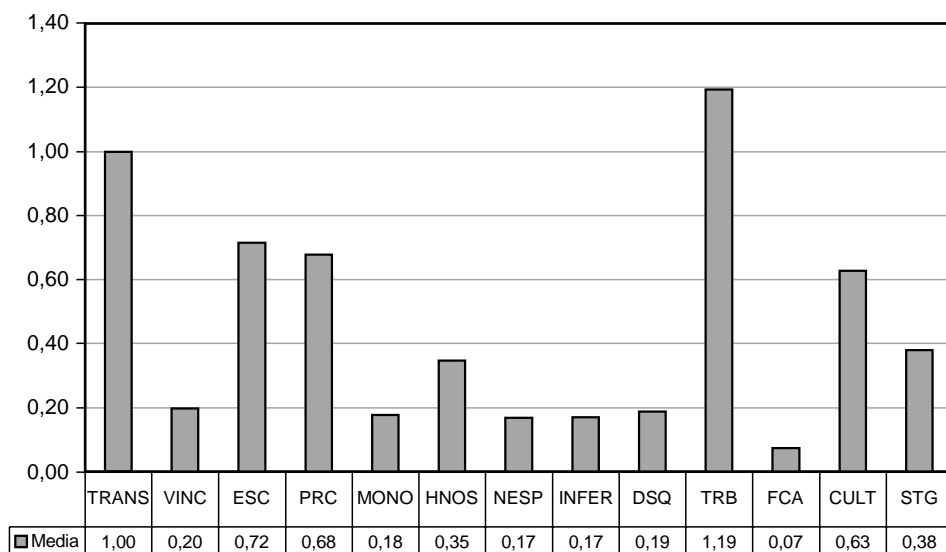
En la tabla se incluye el número de ítems de la subescala, el rango de puntuaciones de cada ítem, la media, la desviación típica y la media ponderada en función del número de ítems ($\bar{X}_p = \frac{\bar{X}}{n^\circ \text{ ítems}}$) de todas las dimensiones del IEA.

En el Gráfico 10 observamos cómo la dimensión que provoca mayor estrés en nuestra muestra es el aumento del trabajo en el hogar seguida por la transición normativa a la parentalidad, las dificultades de inserción social y escolar, las dificultades del proceso y las de inserción cultural. Por el contrario, las fuentes de estrés que plantean menores dificultades en nuestra muestra son las derivadas del cuidado de un menor con minusvalía física o con otras necesidades especiales, las derivadas de la no aceptación de la infertilidad, de la monoparentalidad, del desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja y las dificultades de vinculación. En una posición intermedia encontramos las dificultades entre hermanos y la estigmatización del menor.

6.4.3. LAS EXPECTATIVAS DE ADAPTACIÓN

Casi todas las familias de nuestra muestra se sienten capaces de hacer que su hijo se sienta querido (95,1% responden bastante o muy de acuerdo a este ítem frente a un 1,2% que está bastante o muy en desacuerdo), capaces de resolver problemas en su educación (un 89,6% de las familias están bastante o muy de acuerdo),

GRÁFICO 10: MEDIAS PONDERADAS DE LAS DISTINTAS DIMENSIONES DE LA ESCALA DE ESTRÉS ADOPTIVO.



Las barras representan la media ponderada de cada una de las dimensiones del IEA. IEATOT: total de estrés por transición a la parentalidad adoptiva; TRANS: transición a la parentalidad; VINC: dificultades de vinculación; ESC: dificultades de inserción social y escolar; PRC: dificultades en el proceso; MONO: estrés derivado de la monoparentalidad; HNOS: dificultades entre hermanos; NESP: cuidado de un menor con necesidades especiales; INFER: no aceptación de la infertilidad; DSQ: desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja; TRB: aumento de trabajo; FCA: minusvalía física; CULT: dificultades de inserción cultural; STG: adopción como estigma.

piensan que son buenos padres o madres (un 89,5% de la muestra está bastante o muy de acuerdo) y consideran que el comportamiento de su hijo es esperable para su edad y sexo (un 80,4% de la muestra está bastante o muy de acuerdo). Más de la mitad de las familias ya sabían antes de adoptar que podían pasar por situaciones parecidas a las que han afrontado (el 74,1% de la muestra está bastante o muy de acuerdo) o consideran que ser padre o madre está resultando más fácil de lo que esperaban (un 53,6% de las familias están bastante o muy de acuerdo). Un 40,4% había imaginado que ser padre adoptivo sería más o menos así. Por último, un 39,6% de las familias pudieron prever algunas de las dificultades que se han presentado viendo la ficha de preasignación frente al 27,3% que estuvo bastante o muy en desacuerdo con esta aseveración.

Encontramos que los padres de nuestra muestra puntúan más alto en expectativas de control de la situación ($\bar{X}=26,69$; $S_x=3,53$) que en la confirmación de las expectativas previas ($\bar{X}=23,29$; $S_x=4,89$) siendo el número de items igual en ambas

escalas. El total de la escala de percepción de la situación adoptiva alcanza una media de 39,59 y una desviación típica de 6,10 siendo el máximo a puntuar de 48 puntos.

6.4.4. LAS ESTRATEGIAS FAMILIARES DE AFRONTAMIENTO

La mayoría de nuestras familias afronta a menudo o siempre los problemas de su adaptación razonando e intentando conseguir soluciones correctas (86,3%) sabiendo que tienen capacidad para resolver los problemas (85,6%), sabiendo que la propia familia tiene la fuerza suficiente para resolver los problemas (79,5%), aceptando los problemas como algo natural (73,4%), definiendo los problemas de una forma más positiva (66%), aceptando que las dificultades ocurren inesperadamente (54,4%) o demostrando que son fuertes (50,3%) Tabla 44.

Por el contrario, la mayoría de nuestras familias no utilizan nunca o casi nunca determinadas estrategias de afrontamiento familiar como pueden ser compartir los problemas con los vecinos (91,3%), pedir a los vecinos favores y asistencia (89,5%), solicitar el consejo de un guía espiritual (87,6%), creer que dejando pasar el tiempo el problema se resolverá (80,1%), viendo la televisión (77,5%), recibiendo favores y servicios de los vecinos (76,5%), participando en actividades de su comuni-

TABLA 43: PORCENTAJES DE RESPUESTA A LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA SITUACIÓN ADOPTIVA.

	---	--	-	+	++	+++
Antes de adoptar ya sabía que podían presentarse situaciones como las que estamos pasando	3,1	2,5	5,6	14,8	34,0	40,1
El comportamiento de mi hijo es esperable en alguien de su edad y/o sexo	1,2	4,3	2,5	11,7	20,9	59,5
Me había imaginado que ser madre/padre adoptiva/o sería más o menos así	1,8	2,5	3,7	12,9	36,2	4,2
Me siento capaz de hacer que mi hijo se sienta querido	0,0	1,2	0,0	3,7	12,2	82,9
Me siento capaz de resolver los problemas que se presentan en la educación de mi hijo	1,8	1,2	1,8	5,5	37,8	51,8
Pienso que soy una buena madre/padre	0,0	0,6	1,2	8,6	46,3	43,2
Ser madre/padre está resultando más fácil de lo que yo esperaba	5,5	8,5	12,2	19,5	33,5	20,1
Viendo la ficha de pre-asignación se podían prever algunas de las dificultades que se han presentado.	20,8	6,5	11,0	22,1	20,8	18,8

--- Muy en desacuerdo; -- Bastante en desacuerdo; - algo en desacuerdo; + algo de acuerdo; ++ bastante de acuerdo; +++ Muy de acuerdo. Incluimos como "muy de acuerdo" a los adoptantes ucranianos que no reciben preasignación.

TABLA 44: PORCENTAJES DE RESPUESTA A LOS DISTINTOS ITEMS DEL F-COPES.

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
1. Compartir nuestras dificultades con familiares	13,0	19,1	33,3	24,7	9,9
2. Solicitar ánimo y apoyo de los amigos	18,5	19,8	37,7	20,4	3,7
3. Saber que tenemos la capacidad de resolver problemas importantes	1,3	1,3	11,9	40,3	45,3
4. Solicitar información y consejo de otras familias que han afrontado el mismo o similares problemas	24,4	25,0	29,4	13,1	8,1
5. Solicitar consejo de parientes (abuelos, etc)	18,0	28,6	31,1	14,9	7,5
6. Buscar ayuda en servicios Sociales (IMMF u otros recursos públicos)	50,9	18,8	20,0	1,3	3,1
7. Saber que la propia familia tiene fuerza suficiente para resolver los problemas	1,9	2,5	16,1	36,6	42,9
8. Recibir favores y servicios de los vecinos (quedarse con los niños, hacer la comida, recoger el correo)	50,0	26,5	20,4	1,9	1,2
9. Solicitar información y consejo del médico de cabecera	14,9	14,3	40,4	14,9	15,5
10. Pedir a los vecinos favores y asistencia (consejo, apoyo moral, compañía...)	66,5	23,0	7,5	1,9	1,2
11. Afrontar los problemas razonando e intentar conseguir soluciones correctas	0,0	0,6	13,0	37,9	48,4
12. Ver la televisión	64,4	13,1	15,6	6,3	0,6
13. Demostrar que somos fuertes	8,8	11,3	29,6	34,6	15,7
14. Acudir a actos religiosos	52,8	16,1	16,1	7,5	7,5
15. Aceptar los problemas como algo natural	1,9	4,3	20,4	40,7	32,7
16. Compartir preocupaciones con amigos íntimos	11,7	14,8	26,5	29,6	17,3
17. Saber que la suerte juega un gran papel al resolver los problemas familiares	44,4	29,6	16,7	7,4	1,9
18. Hacer ejercicio para estar físicamente bien y reducir la tensión	29,2	23,6	29,8	11,8	5,6
19. Aceptar que las dificultades ocurren inesperadamente	5,6	8,8	31,3	36,9	17,5
20. Reunirse con familiares (salir juntos, cenar...)	11,3	16,9	41,9	23,1	6,9
21. Solicitar orientación profesional y ayuda para las dificultades familiares	21,4	22,6	27,7	18,2	10,1
22. Creer que nosotros podemos manejar nuestros propios problemas	2,5	10,1	39,2	35,4	12,7

TABLA 44: PORCENTAJES DE RESPUESTA A LOS DISTINTOS ÍTEMS DEL F-COPES (CONT.).

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
23. Participar en actividades de mi comunidad religiosa	61,9	13,1	14,4	5,0	5,6
24. Definir los problemas familiares de una forma más positiva de modo que no nos desanimen demasiado	0,6	5,7	27,7	42,1	23,9
25. Preguntar a familiares qué piensan acerca de los problemas que tenemos	20,5	24,8	32,3	19,9	2,5
26. Pensar que haga lo que haga para prepararme tendré igualmente dificultades al enfrentarme a los problemas	35,2	33,3	23,9	5,7	1,9
27. Solicitar consejo de un guía espiritual (sacerdote, pastor, imán, rabino...)	79,5	8,1	7,5	3,1	1,9
28. Creer que dejando pasar el tiempo el problema se resolverá	53,4	26,7	15,5	3,7	0,6
29. Compartir problemas con vecinos	73,3	18,0	7,5	1,2	0,0
30. Tener fe	31,1	9,9	26,1	14,3	18,6
31. Pedir apoyo y ánimo a compañeros de trabajo	40,4	20,5	32,3	6,2	0,6

En la tabla se incluyen los porcentajes de respuesta de la muestra a todos los ítems del cuestionario Fcopes.

dad religiosa (75%), sabiendo que la suerte juega un gran papel en la resolución de los problemas (74%), buscando ayuda en los servicios sociales (69,7%), acudiendo a actos religiosos (68,9%), pensando que la preparación es indiferente para afrontar los problemas (68,5%), pidiendo ánimo o apoyo a los compañeros de trabajo (60,9%) o haciendo ejercicio para reducir la tensión (52,8%).

En la Tabla 45 se muestran la media y la desviación típica de las distintas subescalas del FCOPEs. A su vez, para poder comparar el uso de las distintas estrategias de afrontamiento por parte de las familias y dada la diferente longitud dichas

TABLA 45: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS ESTRATEGIAS FAMILIARES DE AFRONTAMIENTO.

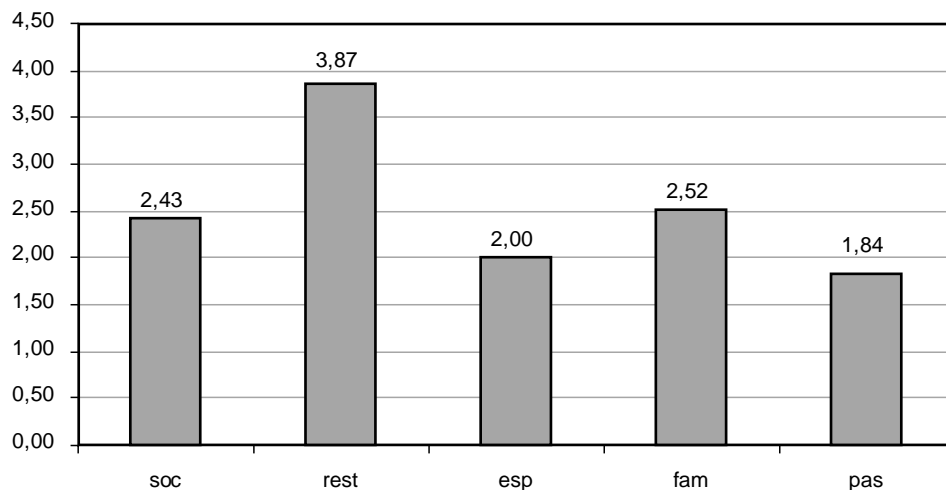
	Nº ítems	Rango	\bar{X}	S_x	\bar{X}_p
Búsqueda de apoyo social	9	1-5	21,87	6,19	2,43
Reestructuración positiva	8	1-5	30,97	4,70	3,87
Búsqueda de apoyo espiritual	4	1-5	8,01	4,09	2,00
Movilización familiar	4	1-5	10,06	3,08	2,52
Valoración pasiva	4	1-5	7,34	2,34	1,84

En la tabla se muestra el número de ítems de cada escala del FCOPEs y el rango de respuesta a cada ítem así como la media, la desviación típica y la media ponderada en función del número de ítems.

subescalas, hemos ponderado sus puntuaciones en función del número de ítems de la escala (\bar{X}_p).

Como podemos observar en el Gráfico 11, la estrategia de afrontamiento que se pone en marcha con más frecuencia es la reestructuración positiva ($\bar{X}_p=3,87$) seguida por la movilización familiar ($\bar{X}_p=2,52$), la búsqueda de apoyo social ($\bar{X}_p=2,43$), la búsqueda de apoyo espiritual ($\bar{X}_p=2,00$) y, por último, la valoración pasiva ($\bar{X}_p=1,84$).

GRÁFICO 11: MEDIAS PONDERADAS DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.



Las barras representan la media ponderada de cada dimensión de las estrategias de afrontamiento en el FCOPES. SOC=búsqueda de apoyo social; REST=reestructuración positiva; ESP=búsqueda de apoyo espiritual; FAM=movilización familiar para conseguir apoyo y PAS=valoración pasiva.

6.4.5. LOS ERRORES EDUCATIVOS

El análisis de la frecuencia de los distintos “errores” educativos cometidos por la familia se llevó a cabo calculando el porcentaje acumulado de las puntuaciones 5, 6 o 7, que serían las respuestas afirmativas al extremo “erróneo” del continuo. El error más frecuente es el de meterse en largas discusiones con el niño cuando se porta mal en lugar de ignorar su conducta (67,90% de las familias se sitúan en aquél extremo del continuo). En segundo lugar encontramos que se está más detrás del menor cuando el progenitor está estresado en lugar de no estar más susceptible que de costumbre (35%). En tercer lugar encontramos el frustrarse y enfadarse cuando el niño hace las cosas mal en lugar de manejar la situación sin sentirse mal (31,10%) seguido de levantar la voz o gritar en lugar de hablarle con calma cuando se porta mal (29,40%) y hacer algo distinto de ofrecer una actividad alternativa a la conducta problemas cuando “decir que no” no funciona (23,90%).

Por el contrario, los errores educativos más infrecuentes son dejar que el niño haga aquello que se le ha dicho que no haga (un 90,20% se sitúa en el extremo opuesto del continuo), dejarle marchar cuando hace algo que no gusta a los progenitores en lugar de intervenir (un 84,70% no lo hace), no saber qué está haciendo el menor cuando no está a la vista (el 84,10% dice que sí lo sabe), insultar o decir palabrotas (el 81,10% dice que lo hace raramente o nunca), ceder cuando el niño se siente mal frente a una negativa de los progenitores (un 79,14% no lo hace) y dejar marchar al menor cuando no hace lo que se le pide (un 76,20% no lo hace).

En la Tabla 46 podemos observar los porcentajes de respuesta dados a cada ítem y los estadísticos descriptivos correspondientes.

TABLA 46: PORCENTAJES DE RESPUESTA Y ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS ÍTEMS DEL PS.

	1	2	3	4	5	6	7	\bar{X}	S_x
Cuando le hago una advertencia a mi hijo a menudo lo dejo pasar	4,29	34,36	30,67	18,40	6,75	3,68	1,84	3,07	1,26
Si mi hijo se siente mal cuando le digo que no, cedo	12,88	40,49	25,77	12,88	4,91	2,45	0,61	2,66	1,21
Cuando mi hijo no hace lo que le pido le dejo marchar	12,20	37,20	26,80	17,70	3,70	1,20	1,20	2,72	1,19
Cuando le digo que no puede hacer algo dejo que lo haga	23,20	53,00	14,00	5,50	1,80	1,80	0,60	2,18	1,08
Si decir que no no funciona hago algo	3,80	18,90	20,80	32,70	10,70	9,40	3,80	3,71	1,43
Cuando hace algo que no me gusta a menudo le dejo marchar	23,20	40,20	21,30	7,90	3,70	3,70	0,00	2,40	1,24
Cuando mi hijo se porta mal levanto la voz o grito	1,80	14,70	14,10	39,90	17,80	10,40	1,20	3,93	1,27
Cuando mi hijo se porta mal me frustro y me enfado	5,50	17,10	17,70	28,70	18,30	11,60	1,20	3,77	1,44
Cuando hay un problema con mi hijo hago lo que no quería	4,90	36,20	28,80	15,30	9,20	5,50	0,00	3,04	1,26
Insulto, digo palabrotas la mayoría de las veces	34,80	31,10	15,20	12,20	4,30	2,40	0,00	2,27	1,30
Cuando mi hijo se porta mal discuto con él	0,00	4,30	6,80	21,00	35,80	24,70	7,40	4,92	1,19
Cuando me siento estresado o mal estoy detrás de él	6,70	20,90	14,70	22,70	22,70	9,80	2,50	3,73	1,54
Cuando tengo a mi hijo a la vista siempre tengo una idea de lo que hace	0,60	4,90	3,10	7,40	22,70	47,90	13,50	5,44	1,25

En la tabla se presentan los porcentajes de respuesta a todos los ítems del cuestionario y la media y la desviación típica de dichas respuestas en nuestra muestra.

Los errores educativos de las familias de nuestra muestra se decantan más por la sobrereactividad ($\bar{X}=21,69$) que por la laxitud ($\bar{X}=16,84$) teniendo en cuenta que ambas escalas tienen el mismo número de ítems.

6.4.6. LA CONDUCTA ACTUAL DEL MENOR

Las conductas problema más frecuentes en nuestros menores en el momento actual son, según sus padres, exigir mucha atención (80,6%) y discutir mucho (72,1%). En más de un 60% de los casos se dan también dificultades para concentrarse o prestar atención, desobediencia en casa, intranquilidad y exceso de actividad, impulsividad y celos. En más de la mitad de los casos se dan en la actualidad conductas nerviosas, sensibles o tensas, llamadas de atención, mentiras o trampas, hablar demasiado, rabietas o mal genio, mucha exigencia de atención e inmadurez en relación a la edad (Tabla 47).

TABLA 47: CONDUCTAS QUE APARECEN EN MÁS DEL 50% DE LOS MENORES EN LA ACTUALIDAD.

	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Siempre o casi siempre
1. Actúa demasiado inmaduro para su edad.	48,5	40,6	10,9
3. Discute mucho.	27,9	54,5	17,6
8. Le cuesta concentrarse o prestar atención por mucho rato.	30,3	42,4	27,3
10. Está intranquilo, demasiado activo, no puede sentarse quieto.	37,6	45,5	17
11. Apegado a los adultos, demasiado dependiente.	47,9	43	9,1
19. Exige mucha atención.	19,4	54,5	26,1
22. Desobediente en casa.	33,9	55,2	10,9
27. Fácilmente celoso.	39,4	42,4	18,2
41. Impulsivo, hace las cosas sin pensar.	37,6	47,9	14,5
43. Dice mentiras o hace trampas.	42,4	44,2	13,3
45. Nervioso, sensible o tenso.	40,6	41,8	17,6
74. Le gusta llamar la atención, se "hace el payaso".	42,4	45,5	12,1
93. Habla demasiado.	47,3	38,2	14,5
95. Rabietas o mal genio.	47,9	40,6	11,5

En la tabla se muestran los porcentajes de respuesta a los problemas de conducta que se han dado en un 50% o más de los menores (menos de un 50% de las familias han contestado falso o nunca o casi nunca en ese ítem).

Por el contrario, las conductas más infrecuentes al menos un año después del inicio de la convivencia adoptiva son embadurnar o jugar con los excrementos que no se da en ningún caso; prender fuegos, hacer novillos, tener asma, tener problemas sexuales o decir que se quiere matar, que se dan en menos de un dos por ciento de los casos; tener miedo de ir a la escuela, oír cosas o personas que no están, fugarse de casa o ver cosas que no están, que se dan en menos de un 3% de los casos; intentar suicidarse o estar demasiado gordo, que se da en menos de un 4% de los casos; ser cruel con los animales, estar triste o deprimido y tener mareos en menos de un 5%; pensar que los demás le quieren hacer daño o hacer cosas extrañas, que se dan en menos de un 6% de las familias; robar fuera de casa, tener ideas extrañas, dormir mal, tener malas compañías o carecer de energía que se dan en menos de un 7% de los casos; comer cosas que no son comida, estar siempre cansado, jugar con los órganos sexuales en público y robar en casa que se dan en menos del 8% de los casos; y comportarse como del sexo opuesto, ser abusón o cruel con los demás y amenazar a otros que se dan en menos del 10% de los casos (Tabla 48).

TABLA 48: CONDUCTAS QUE APARECEN EN MENOS DE UN 10% DE LOS MENORES EN LA ACTUALIDAD.

	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Siempre o casi siempre
4. Tiene asma.	98,2	1,8	0
5. Se comporta como el sexo opuesto.	90,3	9,1	0,6
15. Cruel con los animales.	95,8	3,6	0,6
16. Abusón, cruel o desconsiderado con los demás.	90,3	7,9	1,8
18. Se hace daño deliberadamente o intenta suicidarse.	96,4	2,4	1,2
28. Come o bebe cosas que no son comida	92,7	6,7	0,6
30. Tiene miedo de ir a la escuela.	97,6	1,2	1,2
34. Piensa que los demás le quieren hacer daño.	94,5	4,8	0,6
39. Tiene malas compañías.	93,3	6,1	0,6
40. Oye cosas o personas que no están allí.	97,6	2,4	0
51. Le dan mareos.	95,2	4,8	0
54. Siempre está cansado.	92,7	7,3	0
55. Demasiado gordo.	96,4	2,4	1,2
59. Juega con los órganos sexuales en público.	92,7	6,7	0,6
67. Se fuga de casa.	97,6	2,4	0
70. Ve cosas que no están allí.	97,6	2,4	0
72. Prende fuegos.	98,8	1,2	0
73. Problemas sexuales.	98,2	1,8	0
78. Embadurna o juega con sus excrementos.	100	0	0

TABLA 48: CONDUCTAS QUE APARECEN EN MENOS DE UN 10% DE LOS MENORES EN LA ACTUALIDAD (CONT.).

	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Siempre o casi siempre
81. Roba en casa.	92,7	4,8	2,4
82. Roba fuera de casa.	93,9	5,5	0,6
84. Hace cosas extrañas	94,5	3,6	1,8
85. Tiene ideas extrañas	93,9	5,5	0,6
91. Dice que se quiere matar.	98,2	1,8	0
97. Amenaza a otros.	90,3	6,7	3
100. Duerme mal	93,9	4,8	1,2
101. Falta a la escuela, hace novillos.	98,8	1,2	0
102. Poco activo, lento o carece de energía.	93,3	6,7	0
103. Está triste o deprimido, no está contento.	95,8	3,6	0,6

En la tabla se muestran los porcentajes de respuesta a los problemas de conducta que se han dado menos de un 10% de los menores (más de un 90% de las familias han contestado falso o nunca o casi nunca en ese ítem).

En la Tabla 49 se muestran la media y la desviación típica de las distintas subescalas del CBCL. Como anteriormente, se incluye la media ponderada en función del número de ítems de la escala.

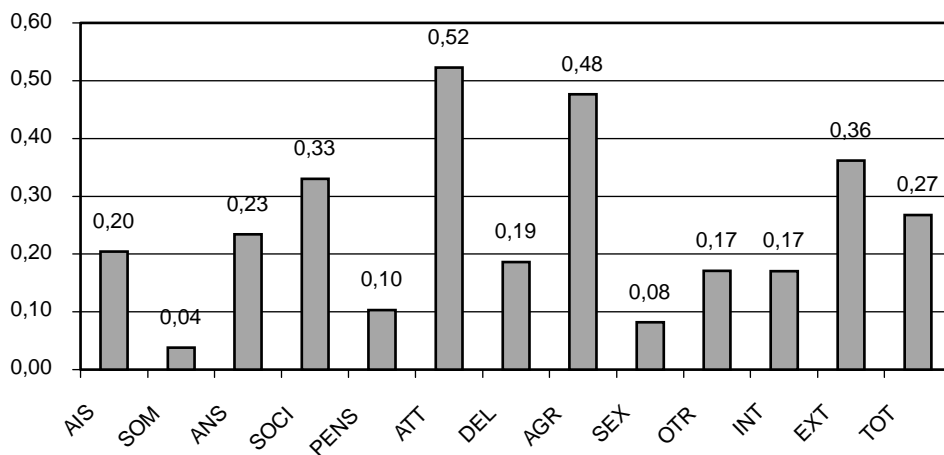
TABLA 49: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA CONDUCTA ACTUAL DEL MENOR.

	Nº ítems	Rango	\bar{X}	S_x	\bar{X}_p
Problemas de aislamiento	9	0-2	1,84	1,97	0,20
Quejas somáticas	10	0-2	0,38	0,93	0,04
Problemas de ansiedad	14	0-2	3,28	2,90	0,23
Problemas sociales	8	0-2	2,64	2,26	0,33
Problemas de pensamiento	7	0-2	0,72	1,34	0,10
Problemas de atención	11	0-2	5,75	4,31	0,52
Conductas delincuentes	13	0-2	2,42	2,32	0,19
Conducta agresiva	20	0-2	9,53	7,08	0,48
Problemas sexuales	6	0-2	0,49	1,06	0,08
Otros problemas	33	0-2	5,64	4,26	0,17
Conducta internalizante	32	0-2	5,45	4,66	0,17
Conducta externalizante	33	0-2	11,95	8,83	0,36
Total problemas	113	0-2	30,27	20,23	0,27

En la tabla se muestra el número de ítems de cada escala del CBCL y el rango de respuesta a cada ítem así como la media, la desviación típica y la media ponderada en función del número de ítems. Se marcan en negrita los síndromes de banda achá así como el total de problemas de conducta.

Los problemas de conducta más frecuentes en los menores en la actualidad son los problemas de atención ($\bar{X}_p=0,52$) seguidos de la conducta agresiva ($\bar{X}_p=0,48$) y los problemas sociales ($\bar{X}_p=0,33$). Por el contrario, los problemas menos frecuentes son las quejas somáticas ($\bar{X}_p=0,04$), los problemas sexuales ($\bar{X}_p=0,08$) y los problemas de pensamiento ($\bar{X}_p=0,010$).

GRÁFICO 12: MEDIAS PONDERADAS DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA DEL MENOR EN LA ACTUALIDAD.



En el gráfico, las barras representan la media ponderada en función del número de ítems de cada subsíndrome y síndrome del CBCL. AIS=problemas de aislamiento; SOM=quejas somáticas; ANS=problemas de ansiedad; SOCI=problemas sociales; PENS=problemas de pensamiento; ATT=problemas de atención; DEL=conductas delincuentes; AGR=conductas agresivas; SEX=problemas sexuales; OTR=otros problemas; INT=síndrome internalizante; EXT=síndrome externalizante; TOT=total problemas de conducta.

Casi tres cuartas partes de la muestra (73,5%) muestra un rango de problemas normales en la actualidad, siendo más frecuentes los rangos clínicos para las conductas externalizantes (16,6%) que para las internalizantes (6,7%) (ver Tabla 50).

Los síndromes concretos de conducta que alcanzan un rango clínico con mayor frecuencia son los problemas de atención (12,3%) no superando la muestra el 10% clínico en ningún otro subsíndrome.

Por otro lado, se encuentra un alto porcentaje de menores dentro del rango límite en problemas sociales (15,8%), problemas de atención (12,3%) y conducta delincuente (10,4%) en el momento actual.

TABLA 50: PORCENTAJE DE MENORES CON PROBLEMAS DE CONDUCTA NORMALES, LÍMITES O CRÍTICOS EN LA ACTUALIDAD.

	Rango normal	Rango límite	Rango clínico
Total problemas	73,5	5,6	21,0
Sdrome. Interiorizado	82,2	11,0	6,7
Sdrome. Exteriorizado	77,3	6,1	16,6
Aislamiento	95,1	2,5	2,5
Quejas somáticas	98	1,3	0,7
Ansiedad/ Depresión	95,7	4,3	0
Problemas sociales	78,9	15,8	5,3
Problemas de pensamiento	92,7	4,2	3,0
Problemas de atención	75,3	12,3	12,3
Conducta delincuente	86,5	10,4	3,1
Conducta agresiva	87,1	4,9	8

En las casillas se muestran los porcentajes válidos de los rangos normales, límites o clínicos en cada subsíndrome del CBCL. Rangos derivados de la muestra normativa americana en varones de Achenbach (2000).

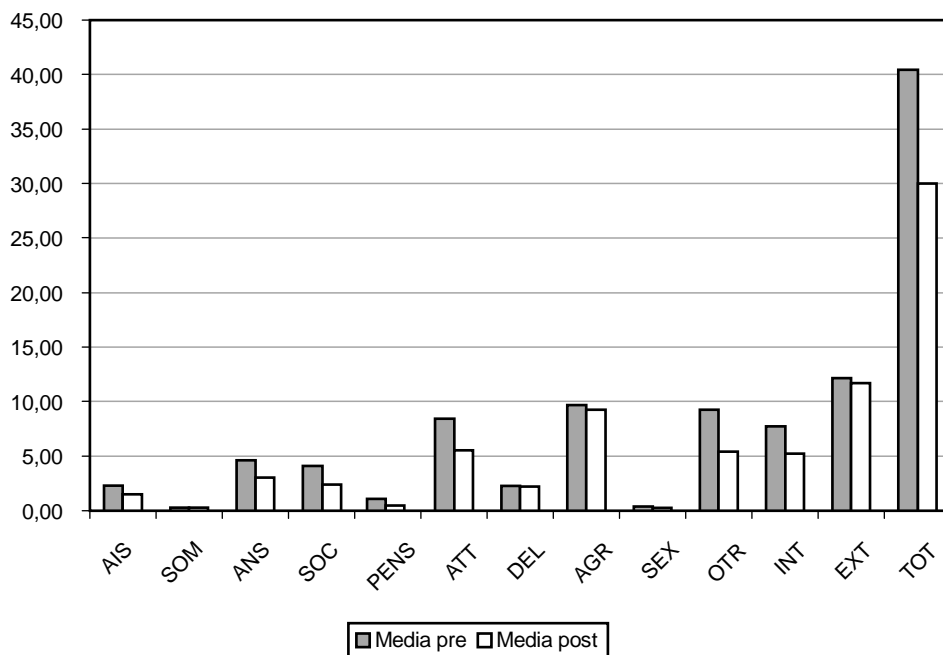
6.4.7. EL CAMBIO EN LA CONDUCTA

Podemos observar en el Gráfico 13 cómo todas las conductas problema (en especial el total de problemas) sufren un descenso a raíz de la convivencia adoptiva aunque los cambios más acusados se dan en las conductas de tipo internalizante y no tanto en las de tipo externalizante.

Encontramos un descenso significativo en los problemas de conducta entre los primeros seis meses de convivencia adoptiva y los seis meses previos a la realización del estudio en: aislamiento ($Z=-5,084$; $p=0,000$), quejas somáticas ($Z=0,3434$; $p=0,001$), problemas de ansiedad ($Z=-5,526$; $p=0,000$), problemas sociales ($Z=-8,629$; $p=0,000$), problemas de pensamiento ($Z=-5,285$; $p=0,000$), problemas de atención ($Z=-8,502$; $p=0,000$), así como en el conjunto de conducta internalizante ($Z=-5,002$; $p=0,000$) y en el total de problemas de los menores ($Z=-7,485$; $p=0,000$). Por el contrario, no se produce un cambio significativo en las conductas de tipo delincuente ($Z=0,000$; $p=1$) o agresivo ($Z=-0,744$; $p=0,457$), en los problemas sexuales ($Z=-1,286$; $p=0,198$) y en el conjunto de conducta externalizante ($Z=-0,459$; $p=0,646$) (Tabla 51).

Podemos observar en la Tabla 52 como la mayoría de las familias encuestadas encuentran que la conducta del menor ha mejorado desde el momento de la adopción (74,39%) mientras que un 3,66% no encuentran que haya habido cambio alguno y un 21,95% considera que la conducta del menor ha empeorado desde que llegó hasta hoy. Si analizamos este cambio por síndromes vemos que el empeora-

GRÁFICO 13: MEDIA DE LOS SUBSÍNDROMES DEL CBCL EN LOS PRIMEROS SEIS MESES EN EL HOGAR ADOPTIVO Y EN LOS SEIS MESES PREVIOS A LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.



En la tabla las barras oscuras representan la media de problemas de los menores en cada subsíndrome de la conducta en sus primeros seis meses de convivencia con la familia adoptiva y las barras claras la media de problemas de los menores en los últimos seis meses. AIS=problemas de aislamiento; SOM=quejas somáticas; ANS=problemas de ansiedad; SOC=problemas sociales; PENS=problemas de pensamiento; ATT=problemas de atención; DEL=conductas delinquentes; AGR=conductas agresivas; SEX=problemas sexuales; OTR=otros problemas; INT=síndrome internalizante; EXT=síndrome externalizante; TOT=total problemas de conducta.

miento de la conducta es más infrecuente para el síndrome internalizante (18,18%) que para el externalizante (44,85%) y, consecuentemente la mejoría es más frecuente para el primero (50,91%) que para el segundo (44,85%). Las dificultades conductuales que disminuyen con mayor frecuencia son los categorizados como otros (80,00%) y los problemas de atención (71,34%) seguidos por los problemas sociales (67,27%). Los que no mejoran ni empeoran para la mayoría de las familias son las quejas somáticas (85,45%) los problemas sexuales (77,58%) y los problemas de pensamiento (68,48%). Los que tienden a empeorar en un gran número de familias son las conductas agresivas (41,82%) y delinquentes (34,55%).

TABLA 51: DIFERENCIAS ENTRE LA CONDUCTA DEL MENOR AL LLEGAR Y SU CONDUCTA ACTUAL.

	Al llegar		Actual		Z	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x		
AIS problemas de aislamiento	2,65	2,88	1,84	1,97	-5,084	0,000***
SOM quejas somáticas	0,56	1,29	0,38	0,93	-3,434	0,001**
ANS problemas de ansiedad	4,91	4,91	3,28	2,90	-5,526	0,000***
SOCI problemas sociales	4,35	2,94	2,64	2,26	-8,629	0,000***
PENS problemas de pensamiento	1,35	2,14	0,72	1,34	-5,285	0,000***
ATT problemas de atención	8,66	5,32	5,75	4,31	-8,502	0,000***
DEL conducta delincuente	2,48	2,51	2,42	2,32	0,000	1,000
AGR conducta agresiva	9,91	7,68	9,53	7,08	-0,744	0,457
SEX problemas sexuales	0,64	1,55	0,49	1,06	-1,286	0,198
INT sdrome internalizante	7,98	7,77	5,45	4,66	-5,992	0,000***
EXT sdrome externalizante	12,39	9,60	11,95	8,83	-0,459	0,646
TOT total problemas	40,67	26,06	30,27	20,23	-7,485	0,000***

Aplicada la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para medidas repetidas. **p<0,01;***p<0,0001.

TABLA 52: PORCENTAJES DE CAMBIO DE LA CONDUCTA.

	Empeoran	No cambian	Mejoran
AIS problemas de aislamiento	13,33	48,48	38,18
SOM quejas somáticas	1,82	85,45	12,73
ANS problemas de ansiedad	17,58	36,97	45,45
SOCI problemas sociales	9,70	23,03	67,27
PENS problemas de pensamiento	3,64	68,48	27,88
ATT problemas de atención	12,20	16,46	71,34
DEL conducta delincuente	34,55	36,97	28,48
AGR conducta agresiva	41,82	15,15	43,03
SEX problemas sexuales	9,70	77,58	12,73
OTRS otros problemas	10,30	9,70	80,00
INT sdrome internalizante	18,18	30,91	50,91
EXT sdrome externalizante	44,85	10,30	44,85
TOT total problemas post	21,95	3,66	74,39

En la tabla se muestra el porcentaje de la muestra que ha empeorado, no ha cambiado o ha mejorado su conducta entre el inicio de la convivencia y el momento actual.

6.4.8. LA ADAPTACIÓN FAMILIAR

La mayoría de las familias puntúa muy alto en la escala de adaptación familiar de modo que tan sólo un 3% no está de acuerdo en algún grado con que su hijo se haya adaptado satisfactoriamente a la familia (frente a un 76,7% que está absolutamente de acuerdo), un 2,4% no cree que su vida familiar se haya enriquecido desde que llegó su hijo (frente a un 81,0% que está absolutamente de acuerdo), un 1,2% disiente en algún grado de que merezca la pena adoptar a pesar de las dificultades (frente a un 89,6% que está absolutamente de acuerdo), un 0,6% no cree que su hijo sea ya uno más de la familia (frente a un 94,5% que está absolutamente de acuerdo), un 4,3% considera que ser padre no le hace sentir bien (frente a un 83,2% que piensa que sí), un 3,7% no volvería a adoptar al mismo menor (frente a un 88,3% que contesta categóricamente que sí lo haría), un 1,2% considera que no tiene buenos momentos con su hijo (frente a un 83,5% que está absolutamente de acuerdo con la frase “tengo muy buenos momentos con mi hijo”) y un 2,4% no cree que la familia esté contenta de haber adoptado al menor (frente a un 84% que está absolutamente de acuerdo) (Tabla 53).

TABLA 53: PORCENTAJES DE RESPUESTA A LA ESCALA DE ADAPTACIÓN FAMILIAR.

	---	--	-	+	++	+++
Creo que mi hijo se ha adaptado satisfactoriamente a la familia.	0,6	1,2	1,2	3,1	17,2	76,7
La vida familiar se ha enriquecido desde que está “X”.	0,0	1,8	0,6	6,1	10,4	81,0
Merece la pena adoptar a pesar de las dificultades.	0,6	0,6	0,0	1,2	7,9	89,6
Mi hijo ya es uno más de la familia.	0,0	0,0	0,6	0,0	4,8	94,5
Ser padre de este hijo me hace sentir bien.	0,0	1,2	3,1	2,5	9,9	83,2
Si pudiéramos volver atrás sabiendo lo que sabemos, volveríamos a adoptar a X.	2,5		1,2	3,1	4,9	88,3
Tengo muy buenos momentos con mi hijo.	0,0	0,0	1,2	4,3	11,0	83,5
Todos estamos contentos de haber adoptado a X.	0,0	1,2	1,2	3,7	9,8	84,0

En la tabla se muestran los porcentajes de la muestra que han respondido a cada ítem de la escala de adaptación con ---=totalmente en desacuerdo; --=bastante en desacuerdo; -=algo en desacuerdo; +=algo de acuerdo; ++=bastante de acuerdo; +++=muy de acuerdo.

La media de la percepción de la adaptación adoptiva se sitúa en $\bar{X}=46,18$ y su desviación típica es de $S_x=4,41$ (el rango posible de las puntuaciones es de mínimo 20 a máximo 48).

La puntuación máxima, resultado de estar “muy de acuerdo” en todo los ítems que caracterizan la adaptación familiar, agrupa al 60% de los sujetos de manera

que sólo un 40% de la muestra ha bajado de la puntuación máxima alcanzable en su percepción de la adaptación.

6.5. ANÁLISIS DE LA NORMALIDAD DE LAS VARIABLES

La aplicación de las diferentes técnicas para el análisis de datos exige estudiar la distribución de las variables con especial atención al grado de ajuste que tienen a la curva normal, análisis que queda reflejado en la Tabla 54.

TABLA 54: CONTRASTE SOBRE LA NORMALIDAD DE LOS FACTORES Y SUBFACTORES DEL ESTUDIO.

	Parámetros normales		Z	p
	\bar{X}	S_x		
Conducta del menor al llegar				
AIS_P problemas de aislamiento (pre)	2,6	2,9	2,428	0,000
SOM_P quejas somáticas (pre)	0,6	1,3	5,550	0,000
ANS_P problemas de ansiedad (pre)	4,9	4,9	2,540	0,000
SOCI_P problemas sociales (pre)	4,3	2,9	1,452	0,030
PENS_P problemas de pensamiento (pre)	1,4	2,1	3,542	0,000
ATT_P problemas de atención (pre)	8,7	5,3	1,387	0,043
DEL_P conductas delincuentes (pre)	2,5	2,5	2,496	0,000
AGR_P conducta agresiva (pre)	9,9	7,7	1,769	0,004
SEX_P problemas sexuales (pre)	0,6	1,6	5,369	0,000
OTR_P otros problemas (pre)	9,5	6,8	1,366	0,048
INT_P sdrome internalizante (pre)	8,0	7,8	2,475	0,000
EXT_P conducta externalizante (pre)	12,4	9,6	1,849	0,002
TOT_P total problemas pre	40,7	26,1	1,528	0,019
Estrés familiar				
IEATOT total de estrés adoptivo	27,9	16,3	1,438	0,032
TRANS transición a la parentalidad	12,0	6,3	1,223	0,101*
VINC dificultades de vinculación paterno-filial	1,6	2,9	3,777	0,000
ESC dificultades de integración social y escolar	4,3	4,1	2,335	0,000
PRC dificultades en el proceso	3,4	3,7	2,715	0,000
MONO estrés derivado monoparentalidad	0,5	1,3	5,680	0,000
HNOS dificultades entre hermanos	1,0	1,7	4,438	0,000
NESP cuidado de un menor con necesidades especiales	0,7	1,5	4,853	0,000
INFER no aceptación de la infertilidad	0,5	0,9	4,739	0,000
DSQ desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja	0,6	1,0	4,585	0,000

TABLA 54: CONTRASTE SOBRE LA NORMALIDAD DE LOS FACTORES Y SUBFACTORES DEL ESTUDIO (CONT.).

	Parámetros normales		Z	p
	\bar{X}	S_x		
TRB aumento de trabajo	3,6	1,7	1,810	0,003
FCA minusvalía física	0,1	0,5	6,520	0,000
CULT inserción cultural	1,9	1,9	2,617	0,000
STG adopción como estigma	1,1	1,3	3,030	0,000
OTRR otras fuentes de estrés	3,8	2,4	2,446	0,000
Expectativas de adaptación				
PSATOT percepción de la situación adoptiva	62,6	7,8	1,579	0,014
CTROL expectativas de control	26,7	3,5	2,310	0,000
CONFIR confirmación de expectativas previas	23,3	4,8	1,181	0,123*
Estrategias de afrontamiento				
SOC búsqueda de apoyo social	21,9	6,2	0,866	0,442*
REST reestructuración positiva	31,0	4,7	0,910	0,379*
ESP búsqueda de apoyo espiritual	8,0	4,1	2,073	0,000
FAR movilización familiar	10,1	3,1	1,330	0,058*
PAS valoración pasiva	7,3	2,3	1,689	0,007
Errores educativos				
LXT laxitud	16,8	4,6	1,042	0,228*
SBRR sobrereactividad	28,1	5,1	1,081	0,193*
MON monitorización	5,4	1,3	3,646	0,000
Conducta actual del menor				
AIS problemas de aislamiento post	1,8	2,0	2,945	0,000
SOM quejas somáticas post	0,4	0,9	5,750	0,000
ANS problemas de ansiedad post	3,3	2,9	2,618	0,000
SOCI problemas sociales post	2,6	2,3	2,255	0,000
PENS problemas de pensamiento post	0,7	1,3	4,677	0,000
ATT problemas de atención post	5,8	4,3	1,422	0,035
DEL conducta delincuente post	2,4	2,3	2,451	0,000
AGR conducta agresiva post	9,5	7,1	1,675	0,007
SEX problemas sexuales post	0,5	1,1	5,361	0,000
OTRS otros problemas post	5,6	4,3	1,618	0,011
INT sdrome internalizante post	5,5	4,7	1,862	0,002
EXT sdrome externalizante post	12,0	8,8	1,680	0,007
TOT total problemas post	30,3	20,2	1,629	0,010
Adaptación familiar				
ADAP percepción subjetiva de adaptación	46,2	4,4	4,245	0,000

El contraste utilizado ha sido Z de Kolmogoroff-Smirnoff. * $p > 0,05$ (la distribución se aproxima a la normal). En la descripción de los ítem del CBCL, "pre" hace referencia a la conducta inicial del menor y "post" a su conducta actual.

Como se puede observar, son pocas las variables que se distribuyen según la curva normal con un nivel de confianza del 95%.

Ningún síndrome de conducta se distribuye de forma normal sino que las curvas teóricas que dibujan tienen una tendencia a ser asimétricas hacia la izquierda (la mayoría de las familias relata un nivel bajo de problemas). Las distribuciones que más se aproximan a la normal son los problemas sociales y los problemas de atención y los problemas categorizados como otros.

Dentro de las dimensiones de la transición a la parentalidad adoptiva, tan sólo la transición normativa a la parentalidad se distribuye normalmente ($Z=1,223$; $p=0,101$). Se utilizarán los contrastes no paramétricos en el trabajo con estas variables asumiendo que serán más restrictivos para esta dimensión que lo que serían los contrastes paramétricos.

En cuanto a las expectativas de adaptación, tanto las expectativas globales como las expectativas de control se distribuyen asimétricamente mientras que la confirmación de expectativas previas tiene una distribución tendente a la normal ($Z=1,181$; $p=0,123$).

El número de estrategias de afrontamiento de nuestras familias se distribuye asimétricamente mostrando la mayoría de ellas puntuaciones altas en lo que a estrategias de afrontamiento se refiere. Sin embargo, tres de las estrategias familiares de afrontamiento tienen, en nuestra muestra, una distribución que se aproxima a la normal; la búsqueda de apoyo social ($Z=0,866$; $p=0,442$), la reestructuración positiva ($Z=0,910$, $p=0,379$) y la movilización familiar ($Z=1,330$; $p=0,058$).

Las puntuaciones en sobrerreactividad y laxitud se distribuyen normalmente ($Z=1,054$; $p=0,217$ y $Z=1,042$; $p=0,228$ respectivamente).

La distribución de los problemas actuales de conducta es asimétrica para todos los síndromes, agrupándose mayoritariamente los sujetos en las puntuaciones inferiores por lo que sus distribuciones difieren significativamente de la normal.

6.6. VALIDACIÓN DEL MODELO DE ESTRÉS Y ADAPTACIÓN ADOPTIVA

6.6.1. ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

Para contrastar nuestro modelo de estrés familiar y adaptación inicial a la adopción realizamos un análisis factorial con las principales variables del modelo: las trece dimensiones del índice de estrés adoptivo (no se incluyen los ítems sueltos agrupados en otros), las dos dimensiones de las expectativas sobre la adaptación (control y confirmación) las cinco estrategias de afrontamiento incluidas en el F-copes, las tres dimensiones de los errores educativos (laxitud, sobrerreactividad y falta de monitorización), la percepción subjetiva de la adaptación y la edad del menor en el momento de la adopción. Con respecto a la conducta previa y poste-

rior del menor, incluimos tanto los dos síndromes de banda ancha del CBCL (internalizante y externalizante) como el total de conductas problema. La inclusión de todos los síndromes de banda estrecha individualizadamente hubiera multiplicado el número de variables restando validez al análisis factorial con la muestra con la que contamos.

Se realizó un análisis factorial por el método de componentes principales, obteniendo nueve factores con autovalores mayores de uno y un 72,537% de varianza explicada (Tabla 55).

TABLA 55: MATRIZ FACTORIAL DE LAS DIMENSIONES DEL MODELO.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
% de varianza explicada	30,654	9,721	6,153	5,497	5,010	4,543	4,093	3,532	3,334
TRANS transición a la parentalidad	0,577	-0,378	0,293		0,330	0,211		0,140	0,272
VINC dificultades de vinculación paterno-filial	0,770		-0,163		-0,110			-0,113	
ESC dificultades de integración social y escolar	0,817				-0,227	-0,128	-0,163		0,142
PRC dificultades en el proceso	0,460	-0,180	-0,180	0,348		-0,132	-0,284	0,172	-0,239
MONO estrés derivado monoparentalidad	0,107		-0,270	-0,168	0,548	-0,351	0,340		0,233
HNOS dificultades entre hermanos	0,477			-0,296	-0,427		0,121	0,239	-0,173
NESP cuidado de un menor con necesidades especiales	0,646	-0,269	0,177	0,145			-0,291	-0,222	-0,210
INFER no aceptación de la infertilidad	0,514	-0,223	0,231			0,103	-0,101		0,376
DSQ desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja	0,422			0,416		0,302		0,280	-0,200
TRB aumento de trabajo	0,391	-0,368	0,312	-0,187	0,302	0,373	-0,124	0,297	0,120
FCA minusvalía física	0,398	-0,101		0,257			-0,124	-0,665	0,133
CULT inserción cultural	0,629	0,157	-0,457		0,101	-0,296	-0,132	0,145	0,165
STG adopción como estigma	0,210	0,140	-0,640		0,224	-0,227	-0,319	0,333	
CTROL expectativas de control	-0,814	0,325		-0,122					
CONFIR confirmación de expectativas previas	-0,649	0,488				0,194	0,109		0,171
SOC búsqueda de apoyo social	0,243	0,483	0,478		0,186	-0,387			
REST reestructuración positiva	-0,494	0,431				0,214	-0,268		0,118

TABLA 55: MATRIZ FACTORIAL DE LAS DIMENSIONES DEL MODELO (CONT.).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ESP búsqueda de apoyo espiritual		0,503	0,253	0,449				0,229	0,289
FAR movilización familiar	0,186	0,350	0,515			-0,356	-0,185	0,106	-0,100
PAS valoración pasiva	0,117	0,190	0,383	0,403	-0,193	-0,394	0,289	0,121	
LXT laxitud	0,102	-0,187	-0,164	0,540		0,207	0,579		
SBRR sobrerreactividad	0,684	-0,245		0,163		-0,152	0,304		0,149
MON monitorización	-0,311	0,148	0,110	0,286	0,579	0,204	-0,156	-0,154	
INT_P sdrome internalizante (pre)	0,455	0,641	-0,125		0,270	0,211			-0,284
EXT_P conducta externalizante (pre)	0,775	0,325		-0,321			0,144	-0,130	
TOT_P total problemas pre	0,747	0,475		-0,199	0,157			-0,134	-0,170
INT sdrome internalizante post	0,717	0,473			0,110	0,233	0,119		-0,126
EXT sdrome externalizante post	0,811	0,108		-0,272	-0,119		0,167		0,124
TOT total problemas post	0,873	0,208		-0,162			0,116		
EADOP edad de adopción	0,172	0,385	-0,287	0,265	-0,368	0,190	-0,111	-0,104	0,418
ADAP percepción subjetiva de adaptación	-0,714	0,216		-0,210	0,215	-0,117	0,179		

En la segunda fila se destacan los porcentajes de varianza explicados por cada uno de los componentes de la matriz factorial extraída a través del método de componentes principales. Las casillas vacías tienen un índice de saturación inferior a $\pm 0,1$. Se consideran dentro del factor las casillas que superan un índice de saturación de $\pm 0,3$.

Los cuatro últimos factores explican individualmente menos de un 5% de la varianza del cuestionario y se conforman de un menor número de items y con menor coherencia teórica entre sí por lo que optamos por contar sólo con los cinco primeros factores para el análisis explicando a través de ellos un 57,035% de la varianza del cuestionario.

a) Factor 1: Inadaptación familiar

El primer factor explica el 30,644% de la varianza de las puntuaciones. Las dimensiones que más saturan²⁰ en el primer factor son, por este orden, el total de problemas acutales del menor (0,873), las dificultades de inserción social y escolar (0,817), las bajas expectativas de control (-0,814) y los problemas externalizantes del

²⁰ Consideraremos incluidos en el factor las dimensiones de la adaptación que saturan con índices superiores a $\pm 0,3$.

menor en la actualidad (0,811). También con un alto índice de saturación participan de este factor la conducta externalizante del menor al llegar (0,775), las dificultades de vinculación paterno-filial (0,770), el total de problemas previos en el menor (0,747), la conducta internalizante del menor en la actualidad (0,717) y la percepción negativa de la adaptación familiar (-0,714).

Con índices de saturación superiores a $\pm 0,5$ encontramos la ausencia de reestructuración cognitiva (-0,494) la sobrereactividad de los padres en sus intervenciones educativas (0,684), la violación de expectativas previas (-0,649), el estrés derivado del cuidado de un menor con necesidades especiales (0,646), las dificultades de inserción cultural (0,629), el estrés derivado de la transición normativa a la parentalidad (0,577) y la dificultad para aceptar la infertilidad (0,577).

Por último, con índices de saturación mayores de $\pm 0,3$ encontramos las dificultades entre hermanos (0,477), las dificultades en el proceso (0,460), los problemas internalizantes del menor al llegar (0,455), el desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja (0,422), la minusvalía física (0,398), el aumento de trabajo (0,391) y la falta de monitorización (-0,311).

Este factor parece aglutinar las dimensiones de la *inadaptación familiar*: la inadaptación psicosocial del menor y la percepción negativa de la adaptación por parte de los padres así como con las variables del proceso de adaptación que más covarían con esta inadaptación, en especial la problemática de conducta inicial del menor (total y externalizante), el estrés derivado de las dificultades de inserción social y escolar y de vinculación paterno-filial y las bajas expectativas de control por parte de la familia. También participarían de esta inadaptación familiar los problemas internalizantes del menor al llegar, el resto de fuentes de estrés (a excepción de la monoparentalidad y la adopción como estigma) y la incapacidad de los padres de hacer frente a estas demandas tanto cognitiva (violación de expectativas y baja reestructuración positiva) como educativamente (sobrereactividad y falta de monitorización).

b) Factor II: Afrontamiento parental

El segundo factor explica un 9,721% de la varianza y en él saturan con índices mayores a $\pm 0,5$ los problemas internalizantes con los que llega el menor (0,641) y la búsqueda de apoyo espiritual como estrategia de afrontamiento en los padres (0,503). También saturan con un índice mayor a $\pm 0,3$ la confirmación de expectativas previas (0,488), la búsqueda de apoyo social (0,483), los problemas previos del menor (0,475), los problemas internalizantes que se dan en la actualidad (0,473), la reestructuración positiva (0,431) la edad de la adopción (0,385), el bajo estrés por la transición a la parentalidad (-0,378), el menor aumento de trabajo en el hogar (-0,386), la movilización familiar para buscar apoyos (0,350), las expectativas familiares de control (0,325) y los problemas externalizantes del menor al llegar (0,325).

Este factor de *afrentamiento parental* tiene que ver con la capacidad de los padres de poner en marcha todos los recursos de afrontamiento a su alcance (búsqueda de apoyo espiritual, restructuración positiva, búsqueda de apoyo social, movilización familiar para conseguir apoyo) desde unas expectativas positivas sobre el proceso de adaptación (especialmente la confirmación de expectativas pero también las expectativas de control) frente a las dificultades conductuales del menor al llegar (especialmente internalizantes pero también externalizantes y totales). El factor covaría positivamente con la edad del menor, quizás por la mayor preparación cognitiva para el afrontamiento de problemas de aquellas familia que adoptan deliberada o al menos conscientemente niños de mayor edad. Esta mayor edad explicaría la covariación del factor con el bajo estrés derivado de la transición a la parentalidad y del aumento de trabajo en el hogar así como los problemas internalizantes del menor en la actualidad.

c) Factor III: Integración social

El tercer factor explica un 6,153% de la varianza del cuestionario y en él saturan de manera inversa la adopción como estigma (-0,640) y las dificultades de inserción cultural (-0,457) y de manera directa la “movilización familiar para buscar apoyo” (0,515), la “búsqueda de apoyo social” (0,478), la valoración pasiva (0,383) y el aumento de trabajo en el hogar (0,312).

Este tercer factor podría denominarse *Integración social* y se relaciona con la sensación de la familia de que la integración del menor no está teniendo mayor dificultad, que no ha vivido experiencias de rechazo social y que puede buscar apoyo (formal e informal) frente al aumento de trabajo que se ha dado a raíz de la adopción (aunque con un índice de saturación inferior a $\pm 0,3$, la edad de la adopción satura negativamente con este factor por lo que el aumento de trabajo en el hogar puede estar relacionado con este hecho). También covarían con este factor la valoración pasiva mostrando una de las circunstancias en la que esta estrategia puede resultar adaptativa frente a la única fuente de estrés que covaría con este factor, el aumento de trabajo en el hogar relacionado con la transición a la parentalidad de un niño pequeño; efectivamente, frente a estas circunstancias buscar momentos para descansar como “ver la tele” o pensar que con el paso del tiempo la cosa cambiará, minimizaría cognitivamente la fuerza del estresor y sería una estrategia no “escapista” sino “realista”.

d) Factor IV: Desimplicación parental

El cuarto factor explica un 5,497% de la varianza del cuestionario e incluye con índices de saturación superiores a $\pm 0,3$ la laxitud de la familia en sus actuaciones educativas (0,540), la búsqueda de apoyo espiritual (0,449), el desequilibrio en la

aceptación de los miembros de la pareja (0,416), la valoración pasiva (0,403), las dificultades en el proceso (0,348) y la poca conducta externalizante del menor al llegar (-0,321).

Este factor podría denominarse *desimplicación parental* y tiene que ver con la dejación educativa (laxitud) y de afrontamiento (búsqueda de apoyo espiritual y valoración pasiva) en el proceso de adaptación, frente un estrés atribuido a fuentes externas (el niño sólo se relaciona con mi pareja, los problemas vienen del proceso de adopción). En factores anteriores hemos visto cómo tanto la búsqueda de apoyo espiritual como la valoración pasiva pueden ser estrategias de afrontamiento adaptativas frente a determinados estresores. Por el contrario, en este factor estas estrategias se ven relacionadas con estilos educativos disfuncionales y con la atribución externa de las fuentes de estrés con lo que, probablemente, estemos frente a la cara menos adaptativa de estas estrategias. Por otro lado, este factor se relaciona con la baja presencia de conductas externalizantes en el menor al inicio de la convivencia, ya que puede que la presencia de estas conductas fuerce a tomar una actitud más activa frente al proceso de adaptación.

e) Factor V: Monoparentalidad

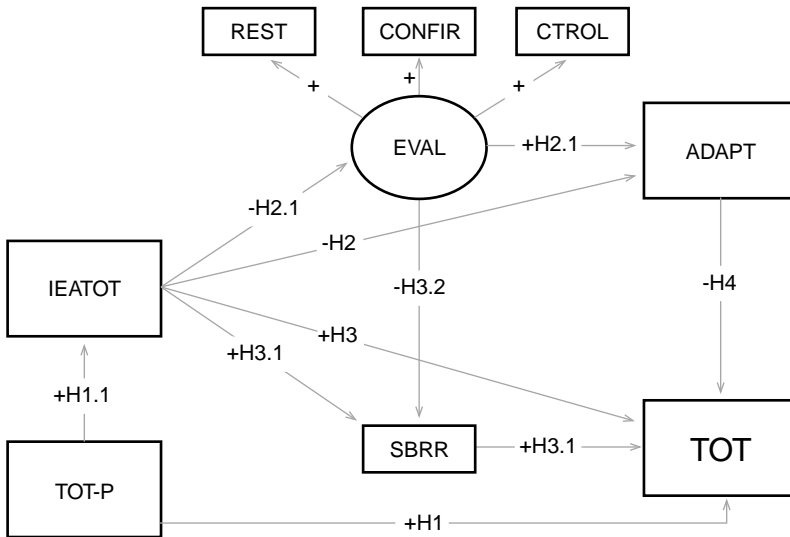
El quinto factor explica un 5,010% de la varianza del cuestionario y en él satura en primer lugar la monitorización del menor (0,579) seguido por el estrés derivado de la monoparentalidad (0,548). También satura de manera inversa las dificultades entre hermanos (-0,427) y la edad de la adopción (-0,368) y de manera directa el estrés derivado de la transición normativa a la parentalidad (0,330) y el aumento de trabajo en casa (0,302).

Este factor podría llamarse *monoparentalidad* y tendría que ver con a transición a la parentalidad adoptiva en las familias monoparentales (monoparentalidad, transición normativa a la parentalidad, aumento del trabajo en casa, monitorización) y que covaría inversamente con la edad del menor (cuanto más pequeño es el menor mayor es el impacto de esta transición para una persona sola y mayor la necesidad de atención sobre el menor). El factor también está relacionado con la ausencia de dificultades entre hermanos que puede deberse a que las familias monoparentales no suelen tener hijos previos ni adoptar a más de un menor a la vez.

6.6.2. OPERATIVIZACIÓN DEL MODELO

Tras el análisis factorial exploratorio ajustamos, según estas dimensiones empíricas, el modelo de adaptación familiar a la adopción internacional (Figura 15). En primer lugar, incluimos la puntuación total en estrés familiar (IEATOT) en lugar de crear un factor con las puntuaciones en las distintas dimensiones del estrés debido al gran número de variables que compondría el factor lo que dificultaría enor-

FIGURA 15: MODELO OPERATIVO DE ADAPTACIÓN FAMILIAR A LA ADOPCIÓN.



TOT_P= problemas de conducta del menor al inicio de la convivencia; IEATOT=estrés derivado de la transición a la parentalidad adoptiva; EVAL= evaluación cognitiva de la crisis de adaptación inicial; CTROL= expectativas de control; CONFIR=confirmación de expectativas previas; REST=restrucción positiva; ADAP= percepción subjetiva de la adaptación familiar. TOT=problemas de conducta del menor en la actualidad. Las flechas marcadas con un signo + predicen una relación positiva mientras que las marcadas con un signo - predicen una relación negativa. Las letras y números corresponden a la hipótesis específica del modelo teórico a la que responde cada relación.

mamente el cálculo del modelo. Del mismo modo, incluimos la puntuación total de problemas de conducta del menor tanto iniciales (TOT_P) como actuales (TOT) en lugar de crear un factor con las puntuaciones en las distintas dimensiones de la conducta como indicadores por las mismas razones y con las mismas consecuencias. Esta decisión viene avalada por la covariación de todas las fuentes de estrés y los síndromes de banda ancha de la conducta en el factor “inadaptación familiar” del análisis factorial.

El análisis factorial exploratorio excluye del primer factor (“adaptación familiar”) todos los recursos de afrontamiento a excepción de la reestructuración positiva que, además de ser un recurso cognitivo, parece estar íntimamente relacionado con las expectativas de control y la confirmación de expectativas para la familia. Por ello excluimos los recursos de afrontamiento del modelo operativo (eliminando con ello la hipótesis 3.2) e incluimos la reestructuración positiva en el factor expectativas de adaptación que pasamos a llamar evaluación positiva. De algún modo, la reestructuración positiva podría ser una variable paralela al “sentido” que

junto con el “control” y la “comprensión” forman la percepción de coherencia (FactorC) en el modelo doble ABCX propuesto por McCubbin y cols. (1983).

También excluimos la variable “laxitud” de la medida del modelo por su falta de variabilidad en nuestra muestra por lo que la “sobrereactividad” queda como única medida de la disfuncionalidad de la conducta educativa de los adoptantes en el modelo operativo.

Por último, tal y como se anticipa en el apartado de instrumentos, tanto la medida de la adaptación psicosocial del menor como la medida de la funcionalidad de la conducta educativa se realiza de manera inversa (midiendo la inadaptación psicosocial y la disfuncionalidad de la conducta educativa respectivamente) por lo que la dirección de las relaciones propuestas en el modelo teórico son inversas en el modelo operativo.

6.6.3. CONTRASTE DEL MODELO

Se han utilizado dos programas estadísticos para la estimación del modelo, el EQS (versión 5,7) y el AMOS (versión 5.0) para que la evaluación del modelo fuera independiente de las diferencias de criterio existente entre ambos programas (Arbuckle, 1997; Bentler, 1995). En los anexos estadísticos se exponen las salidas completas de los cálculos de ambos programas (Anexo IV).

En la Figura 16 se expone la salida estandarizada del cálculo del modelo con EQS.

Todos los indicadores aportados por EQS indican un buen ajuste del modelo. El valor de chi cuadrado ($\chi^2=17,51$, g.l.=15) tiene una probabilidad asociada de 0,28911 lo que nos indica que la ordenación de las relaciones que proponemos en el modelo y la variabilidad real de la muestra no difieren significativamente ($\alpha=0,29$), es decir, que el modelo se ajusta bien a los datos con un nivel de significación por encima de valores conservadores ($\alpha=0,05$). El tamaño muestral utilizado para el contraste del modelo ($N=144$)²¹ está dentro del rango aceptable para la aplicación de la medida.

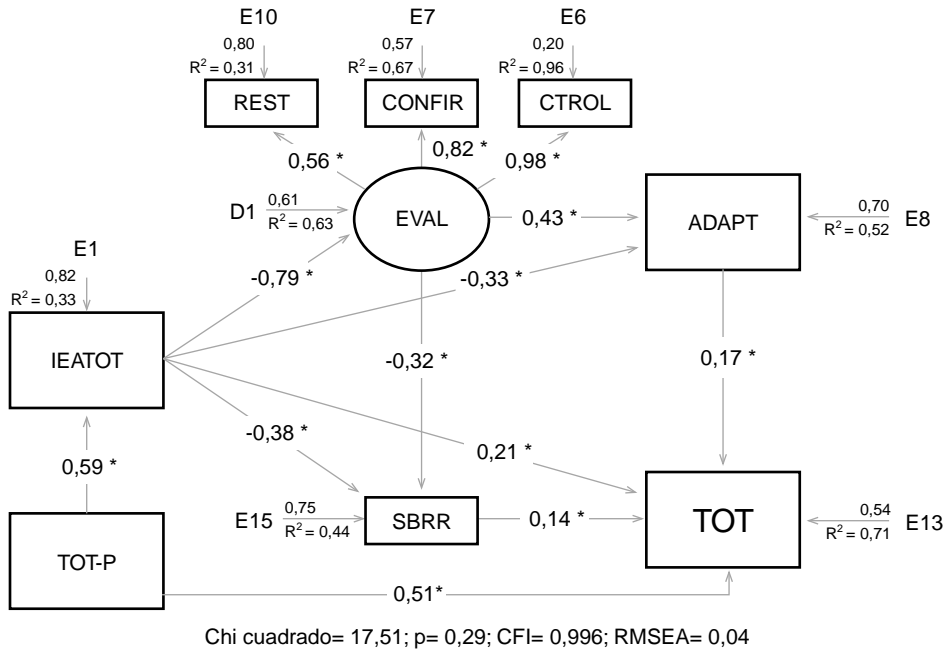
El CFI (Comparative fit index) nos indica un 99,6% de ajuste con solo un 4% de los residuos sin explicar según el indicador RMSEA (“Root mean square error of approximation”).

El modelo explica el 71% de la varianza de la conducta actual del menor tras el periodo de adaptación inicial ($R^2=0,71$). También un 52% de la varianza de la adaptación familiar queda explicada en función de las variables propuestas.

Todos los parámetros calculados por el modelo tienen relevancia estadísticamente significativa con un nivel de confianza de un 95% ($\alpha<0,05$). Las variables

²¹ Sólo se incluyeron para el análisis del modelo los sujetos que no tenían ningún valor perdido en el cuestionario.

FIGURA 16: MODELO DE ADAPTACIÓN FAMILIAR A LA ADOPCIÓN (SALIDA ESTANDARIZADA- EQS 5.7).



TOT_P= problemas de conducta del menor al inicio de la convivencia; IEATOT=estrés derivado de la transición a la parentalidad adoptiva; EVAL= evaluación cognitiva de la crisis de adaptación inicial; CTROL= expectativas de control; CONFIR=confirmación de expectativas previas; REST=restrucción positiva; ADAP= percepción subjetiva de la adaptación familiar. TOT=problemas de conducta del menor en la actualidad.

más importantes para explicar la conducta actual del menor son la conducta previa del menor que ejerce el efecto directo más importante con un peso estandarizado de 0,51 frente al 0,21 del estrés por la transición a la parentalidad adoptiva, al -0,17 de la percepción subjetiva de la adaptación o el 0,14 de la sobrerreactividad de los padres en sus intervenciones educativas.

La salida del EQS indica que la optimización del modelo se realizó sin problemas y ésta se alcanzó en sólo ocho iteraciones. La covariación estandarizada media de los residuos tiene un valor de 0,0214 y el promedio de estos para cada variable (diagonal de la matriz de residuos) de 0,0273. Ambos valores indican que el porcentaje de variabilidad del modelo explicado por la covariación entre los residuos es baja (entre un 2,1% y un 2,7%)

AMOS 5.0, permite analizar de manera más pormenorizada todos los índices de ajuste del modelo, índices que siguen en la línea del buen ajuste del modelo a

pesar de las pequeñas diferencias de cálculo que se establecen entre los dos programas. Las salidas completas de los cálculos pueden encontrarse en el Anexo IV.

En primer lugar hay que mencionar que ninguna varianza es negativa en nuestro modelo.

Es de destacar la semejanza de los valores del CFI (0,988) con respecto a los indicadores AGFI: "Adjusted goodness of fit index" (0,920) y NFI: "Bentler-Bonnett normed fit index" (0,970).

El NFI siempre tiene un valor de 1,00 para el modelo saturado (igual a la estructura empírica de los datos) y de 0 para el modelo independiente. Un valor por encima de 0,9 indica un buen ajuste del modelo. Además este índice penaliza las desviaciones de la normalidad multivariable. En nuestro caso sólo se diferencia del CFI un 1,8%. El coeficiente de Tucker-Lewis, el indicador probablemente más robusto de todos, señala un ajuste del 98% (TLI=0,978). Ambas medidas de ajuste incremental permiten tener razones para no rechazar el modelo propuesto.

El AGFI penaliza la complejidad del modelo. Parece que nuestro modelo es suficientemente parsimonioso ya que el indicador sólo difiere del CFI en un 6,8%. Vemos, en este sentido, que el complejizar el modelo le haría perder mucha eficacia explicando tan sólo un 40% de la varianza de las puntuaciones frente al casi 99% que explica en la actualidad (PGFI: "Parsimony goodness of fit index"=0,403). Las medidas de ajuste parsimonioso también apoyan el ajuste del modelo a la estructura de los datos.

Para valorar la importancia de la incorporación de los factores al modelo hay que comparar el indicador NCP de nuestro modelo (9,139) y del modelo independiente (765,492). Teniendo en cuenta que cuanto menor es el valor de este indicador mayor relevancia tiene el modelo, la magnitud de la diferencia habla claramente a favor de la construcción de este.

En cuanto a los residuos en el análisis tan sólo un 6,1% de la varianza queda sin explicar (RMSEA=0,061) según AMOS. El FMIN (0,146) se diferencia sólo en un 9,1% de varianza no explicada de lo que sería el valor cero para este mismo indicador ($F_0=0,055$). De la varianza no explicada por el modelo, dos tercios se deben al azar y sólo se estima que un 41,6 % puede darse debido a la covariación entre los residuos (MECVI=0,416).

Si eliminamos la varianza explicada debida a la colinealidad entre las variables esta se reduce a un 53,6% (PRATIO=0,536). Este descenso es habitual en función de los valores que suele arrojar este indicador.

Si corregimos el efecto del desajuste con la distribución normal obtenemos un 51,9% de la varianza explicada (PNFI=0,519). Si el ajuste se hace con respecto a la distribución real de los datos de la muestra el porcentaje sería de 52,9% (PCFI=0,529) con lo que podríamos decir que más de un 50% por ciento de la varianza explicada por el modelo no se debe a la colinealidad de las variables que lo componen

(tasa muy alta teniendo en cuenta que medimos dos veces los mismos parámetros al valorar la conducta del menor al llegar y en la actualidad).

Por último, el tamaño de nuestra muestra ($N=144$) se encuentra dentro de lo razonable ya que el valor de N necesario para validar el modelo con un nivel de confianza del 95% sería de 171 según el índice HOELTER .05.

6.6.4. ANÁLISIS EXPLORATORIO DEL MODELO

A pesar de que la técnica SEM inicialmente fue ideada para el análisis confirmatorio de modelos a partir de una estructura teórica dada, progresivamente se han ido desarrollando técnicas para el análisis exploratorio de los datos, de manera que los resultados estadísticos puedan aportar cierta mejora a la estructura de los modelos siempre que éstas sean coherentes con el marco teórico propuesto.

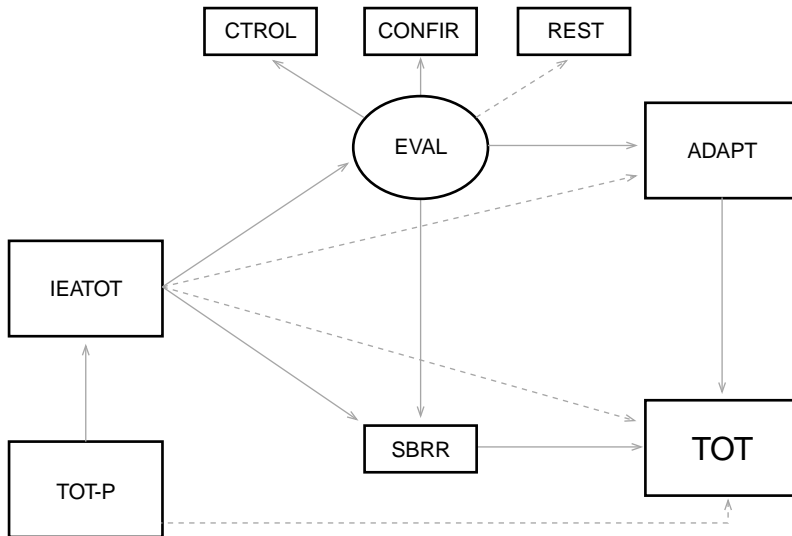
En este sentido Amos permite, en la exploración del ajuste de distintos modelos, condicionar determinados parámetros y calcular todas las combinaciones posibles de presencia y ausencia de los parámetros condicionados. Esto permite explorar los modelos decidiendo previamente la exclusión de qué parámetros no haría perder la coherencia teórica del modelo y podría mejorar su ajuste y su parsimonia. Por lo tanto condicionamos las variables cuya relevancia en el modelo interesa contrastar.

1. TOT<TOT_P: interesa saber si se puede explicar la relación entre la conducta previa del menor y su conducta actual sólo de manera mediada por la relación familiar y no de manera directa.
2. TOT<IEATOT: interesa saber el peso de la influencia directa del estrés en la conducta del menor o si el modelo se mantiene si sólo mantenemos la relación de manera indirecta a través de la conducta educativa o la adaptación familiar.
3. ADAP<IEATOT: de nuevo la exploración se centra en la importancia para el modelo del efecto del estrés familiar en la percepción subjetiva de la adaptación frente a su efecto indirecto a través de la evaluación cognitiva de la situación.
4. EVAL<REST: interesa saber si es relevante la inclusión de la reestructuración positiva como factor de evaluación cognitiva o si no deberíamos incluirlo por pertenecer, en un inicio, a los recursos familiares de afrontamiento.

En la Figura 17 se puede observar gráficamente los parámetros que han quedado condicionados.

Vemos en la Tabla 56 como el modelo que mejor ajusta y que más se acerca al modelo saturado es el que conserva los veintidós parámetros, es decir, el modelo propuesto inicialmente. Tampoco diferiría inicialmente de los datos el modelo 12, resultado de eliminar el parámetro ADAP<IEATOT ($\alpha>0,01$). Todo el resto de mode-

FIGURA 17: MODELOS CONDICIONALES.



TOT_P= problemas de conducta del menor al inicio de la convivencia; IEATOT=estrés derivado de la transición a la parentalidad adoptiva; EVALUACIÓN= evaluación cognitiva de la crisis de adaptación inicial; CTROL= expectativas de control; CONFIR=confirmación de expectativas previas; REST=reestructuración positiva; ADAP= percepción subjetiva de la adaptación familiar. TOT=problemas de conducta del menor en la actualidad. Las flechas punteadas son los parámetros condicionados.

los generados de condicionar las relaciones anteriormente expuestas difieren significativamente de la estructura empírica de los datos.

Podemos observar en la Figura 18 cómo el modelo alternativo resultante de eliminar la relación directa entre el estrés y la adaptación tiene una significación estadística, calculada según EQS, algo menor que la del modelo inicial ($p=0,06$) y, del mismo modo su CFI es algo menor explicando el modelo un 98% de la varianza de las puntuaciones en lugar del 99,6% que explica el modelo inicial. Por otro lado los residuos no explicados por el modelo alternativo ($RMSEA=0,07$) son algo más altos a los no explicados por el modelo inicial ($RMSEA=0,04$) pero razonablemente aceptables. En ambos casos queda explicada un 71% de la varianza de las puntuaciones.

Esto querría decir que el modelo prácticamente explica lo mismo si consideramos que el estrés tiene un efecto directo sobre la adaptación familiar o si consideramos que este efecto está siempre mediatizado por la evaluación cognitiva que haga la familia de la transición a la parentalidad adoptiva. En cualquier caso, aun-

TABLA 56: COMPARACIÓN DE MODELOS CON PARÁMETROS OPCIONALES.

Modelo	Parametros	g.l.	C	C - df	BCC 0	BIC 0	C / df	p
1	17	19	185,101	166,101	152,5	140,711	9,742	0,000
2	18	18	82,205	64,205	51,72	42,928	4,567	0,000
3	18	18	136,589	118,589	106,104	97,311	7,588	0,000
4	18	18	146,6	128,6	116,115	107,323	8,144	0,000
5	18	18	179,131	161,131	148,646	139,853	9,952	0,000
6	19	17	43,705	26,705	15,336	9,54	2,571	0,000
7	19	17	67,554	50,554	39,184	33,388	3,974	0,000
8	19	17	76,236	59,236	47,866	42,07	4,484	0,000
9	19	17	98,089	81,089	69,719	63,923	5,77	0,000
10	19	17	130,62	113,62	102,25	96,454	7,684	0,000
11	19	17	141,686	124,686	113,316	107,52	8,334	0,000
12	20	16	29,054	13,054	2,799	0	1,816	0,024
13	20	16	38,791	22,791	12,536	9,737	2,424	0,001
14	20	16	61,584	45,584	35,33	32,531	3,849	0,000
15	20	16	93,174	77,174	66,92	64,121	5,823	0,000
16	21	15	24,139	9,139	0	0,197	1,609	0,063*
Satur.	36	0	0	0	7,592	52,738		

* $p > 0,05$: el modelo no difiere significativamente de la estructura de los datos.

que no podamos rechazar esta posible corrección del modelo parece que nuestro modelo inicial se ajusta mejor a los datos que la alternativa generada.

EQS permite, en el análisis exploratorio de modelos la realización del test de Wald y del test de Langrange para contrastar qué modificaciones del modelo pueden suponer un incremento significativo de ajuste del mismo.

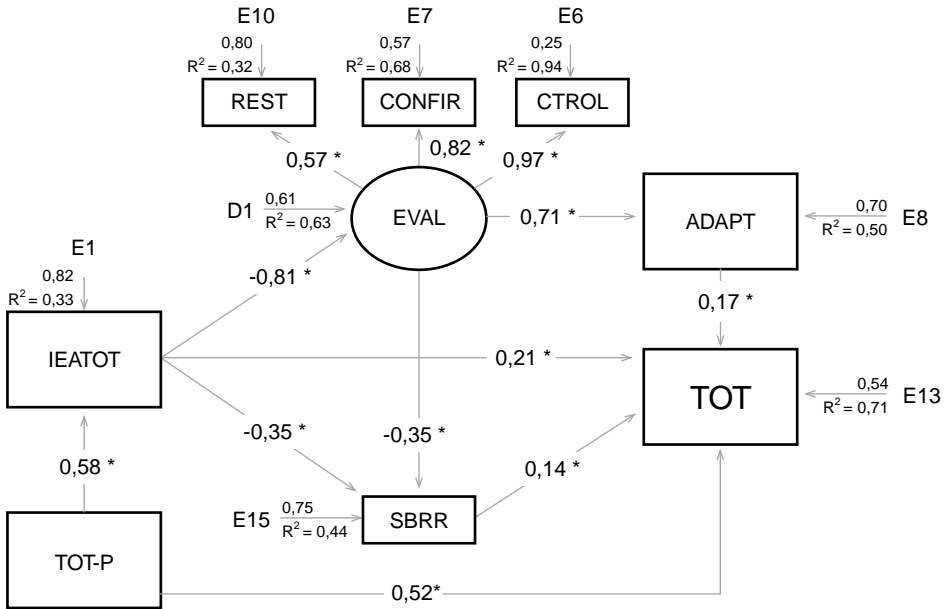
El test de Wald informa de aquellos parámetros que, de ser eliminados, aportarían un incremento significativo de ajuste al modelo. En la Tabla 57 se observa que dicho test no arroja ninguna alternativa estadísticamente significativa.

El test de Langrange informa de aquellos parámetros que, de ser incluidos en el modelo, aportarían un incremento significativo de ajuste. En la Tabla 58 se observa que esta técnica tampoco genera ninguna alternativa estadísticamente significativa.

6.6.5. OTRAS RELACIONES ENTRE VARIABLES

El tamaño de la muestra y la complejidad de los factores implicados en el IEA o el CBCL no nos ha permitido tener en cuenta en el modelo el peso de las distintas dimensiones en la adaptación familiar. Para completar el significado del modelo, se presenta un análisis de la correlación entre las distintas dimensiones de

FIGURA 18: MODELO CORREGIDO 1.



Chi cuadrado= 25,38; g.l.= 16; p= 0,06; CFI= 0,98; RMSEA= 0,07

TOT_P= problemas de conducta del menor al inicio de la convivencia; IEATOT=estrés derivado de la transición a la parentalidad adoptiva; EVAL= evaluación cognitiva de la crisis de adaptación inicial; CTROL= expectativas de control; CONFIR=confirmación de expectativas previas; REST=restrukturación positiva; ADAP= percepción subjetiva de la adaptación familiar. TOT=problemas de conducta del menor en la actualidad.

TABLA 57: TEST DE WALD.

Paso	Estadísticos acumulados multivariados			Incremento univariado		
	Parámetro	χ^2	g.l.	p	χ^2	p
1	E6, E6	1,138	1	0,286	1,138	0,286

Las especificaciones del test de Wald han sido las establecidas por defecto en el programa EQS 5.7.

las variables relacionadas entre sí en el modelo. Tan sólo detallaremos en el texto las correlaciones que superen un índice de $\pm 0,300$. En el primer epígrafe también se estudian las diferencias en la conducta actual del menor en función del rango normal o clínico de su conducta inicial.

Los contrastes se exponen siguiendo el orden propuesto por las hipótesis específicas del modelo.

TABLA 58: TEST DE LAGRANGE

Nº	Código		Parámetro	χ^2	p	Cambio del parámetro
1	2	11	V7, V12	2,330	0,127	0,099
2	2	11	V6, V11	1,255	0,263	-0,057
3	2	11	V10, V12	0,815	0,367	0,080
4	2	11	V8, V12	0,529	0,467	0,058
5	2	15	F1, V12	0,198	0,657	0,032
6	2	20	V1, F1	0,198	0,657	-0,103
7	2	11	V15, V12	0,136	0,712	0,032
8	2	20	V13, F1	0,001	0,979	0,003
9	2	0	F1, D1	0,000	1,000	0,000
10	2	0	V6, F1	0,000	1,000	0,000

Las especificaciones del test de Lagrange han sido las establecidas por defecto en el programa EQS 5.7. El programa no ha ejecutado el procedimiento multivariado por no ser significativas ninguna de las alternativas univariadas. Ningún parámetro ha sufrido un cambio significativo en el procedimiento.

PROBLEMAS PREVIOS Y PROBLEMAS ACTUALES DEL MENOR

La conducta problemática del menor al llegar se relaciona con los problemas actuales de conducta del mismo siendo informados ambos por los padres en el momento actual ($\rho=0,772$). Esta relación “pre-post” es más fuerte para las conductas de tipo internalizante entre sí ($\rho=0,787$) que para las de tipo externalizante ($\rho=0,740$) aunque relevante en ambos casos. Sin embargo, la conducta internalizante del menor al llegar guarda una relación menos fuerte con la problemática actual de conducta del menor ($\rho=0,528$) que la conducta externalizante ($\rho=0,717$).

Existen diferencias significativas en todos los problemas de conducta actual del menor en función del rango normal o clínico de su conducta inicial, de manera que cualquier dimensión de la conducta actual es más problemática en los menores que inicialmente tuvieron problemas dentro del rango clínico que en aquellos en los que estos problemas eran normales siendo todas estas diferencias significativas como podemos ver en la Tabla 59.

Exactamente la misma descripción se puede hacer de las diferencias en los problemas actuales de conducta del menor en función del rango de su conducta externalizante al inicio de la convivencia adoptiva (Tabla 60).

Del mismo modo, todos los problemas de conducta son mayores en la actualidad, según los padres, para los menores que tuvieron problemas internalizantes clínicos al inicio de la convivencia que para los que los tuvieron normales pero esta diferencia ya no es significativa en el caso de los problemas de atención, la conducta delincuente o los problemas sexuales como podemos observar en la Tabla 61.

TABLA 59: DIFERENCIAS EN LA CONDUCTA ACTUAL DEL MENOR EN FUNCIÓN DEL RANGO DE LA CONDUCTA AL LLEGAR.

	Normales		Clínicos		U	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x		
AIS problemas de aislamiento post	1,39	1,52	2,63	2,39	1.737	0,000***
SOM quejas somáticas post	0,16	0,45	0,77	1,33	2.002	0,000***
ANS problemas de ansiedad post	1,87	1,76	5,52	2,90	737	0,000***
SOCI problemas sociales post	1,66	1,49	4,12	2,37	1.079,5	0,000***
PENS problemas de pensamiento post	0,29	0,59	1,25	1,73	1.771	0,000***
ATT problemas de atención post	4,03	3,46	8,28	4,29	1.160,5	0,000***
DEL conducta delincuente post	1,63	1,46	3,63	2,95	1.495	0,000***
AGR conducta agresiva post	6,23	4,22	14,55	7,53	894,5	0,000***
SEX problemas sexuales post	0,24	0,74	0,88	1,40	1.938	0,000***
OTRS otros problemas post	3,59	2,85	8,85	4,00	699	0,000***
INT sdrome internalizante post	3,39	2,83	8,82	5,17	870,5	0,000***
EXT sdrome externalizante post	7,87	5,04	18,18	9,82	923	0,000***
TOT total problemas post	19,66	10,91	46,70	19,84	598	0,000***

El contraste utilizado ha sido U de Mann-Witney. *** p<0,001.

TABLA 60: DIFERENCIAS EN LA CONDUCTA ACTUAL DEL MENOR EN FUNCIÓN DEL RANGO DE LA CONDUCTA EXTERNALIZANTE AL LLEGAR.

	Normales		Clínicos		U	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x		
AIS problemas de aislamiento post	1,48	1,61	2,94	2,38	1.073	0,000***
SOM quejas somáticas post	0,25	0,59	0,94	1,61	1.449	0,000***
ANS problemas de ansiedad post	2,33	2,1	5,94	3,23	673,5	0,000***
SOCI problemas sociales post	1,97	1,73	4,63	2,34	682,5	0,000***
PENS problemas de pensamiento post	0,4	0,86	1,59	1,98	1151	0,000***
ATT problemas de atención post	4,59	3,73	9,58	4,01	637	0,000***
DEL conducta delincuente post	1,72	1,48	4,91	3,18	620	0,000***
AGR conducta agresiva post	6,86	4,49	18,06	6,93	313,5	0,000***
SEX problemas sexuales post	0,29	0,75	1,06	1,52	1.243,5	0,000***
OTRS otros problemas post	4,62	3,62	8,91	4,28	774	0,000***
INT sdrome internalizante post	4,03	3,27	9,75	5,69	718,5	0,000***
EXT sdrome externalizante post	8,59	5,34	22,97	9,25	290,5	0,000***
TOT total problemas post	22,78	13,36	54,84	19,49	283,5	0,000***

El contraste utilizado ha sido U de Mann-Witney. *** p<0,001.

TABLA 61: DIFERENCIAS EN LA CONDUCTA ACTUAL DEL MENOR EN FUNCIÓN DEL RANGO DE LA CONDUCTA INTERNALIZANTE AL LLEGAR.

	Normales		Clínicos		U	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x		
AIS problemas de aislamiento post	1,21	1,14	3,53	2,82	893	0,000***
SOM quejas somáticas post	0,13	0,41	1,22	1,57	1059,5	0,000***
ANS problemas de ansiedad post	2,03	1,81	6,06	3,01	474,5	0,000***
SOCI problemas sociales post	2,27	2,13	3,50	2,32	1311	0,004**
PENS problemas de pensamiento post	0,46	0,95	1,08	1,48	1463,5	0,009**
ATT problemas de atención post	5,31	4,22	6,11	4,31	1647,5	0,285
DEL conducta delincuente post	2,11	2,02	3,17	3,18	1598,5	0,121
AGR conducta agresiva post	8,14	6,24	11,86	7,91	1357,5	0,008**
SEX problemas sexuales post	0,43	1,04	0,61	1,27	1760	0,300
OTRS otros problemas post	4,77	3,91	7,64	4,45	1128	0,000***
INT sdrome internalizante post	3,34	2,41	10,67	5,47	367	0,000***
EXT sdrome externalizante post	10,25	7,61	15,03	10,71	1419,5	0,018*
TOT total problemas post	24,74	16,34	42,11	23,57	1009	0,000***

El contraste utilizado ha sido U de Mann-Witney. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,0001$.

PROBLEMAS PREVIOS DEL MENOR Y ESTRÉS FAMILIAR

Encontramos una relación positiva y significativa entre los problemas de conducta del menor al llegar tal y como son recordados por sus familias y el estrés familiar ($\rho = 0,576$; $p = 0,0001$).

Esta relación se mantiene tanto para los problemas de tipo internalizante ($\rho = 0,474$; $p = 0,0001$ y $\rho = 0,421$; $p = 0,0001$ respectivamente) como para los de tipo externalizante ($\rho = 0,539$; $p = 0,0001$ y $\rho = 0,529$; $p = 0,0001$ respectivamente) siendo más fuerte la relación para los segundos que para los primeros.

Si analizamos qué dimensiones de los problemas de conducta tienen mayor relación con el estrés que vive la familia (IEATOT) encontramos en primer lugar los problemas de atención ($\rho = 0,505$; $p = 0,0001$) seguidos por los problemas sociales ($\rho = 0,493$; $p = 0,0001$), la conducta agresiva ($\rho = 0,489$; $p = 0,0001$), los problemas categorizados como otros ($\rho = 0,471$; $p = 0,0001$), la conducta delincuente ($\rho = 0,471$; $p = 0,0001$), los problemas de pensamiento ($\rho = 0,423$; $p = 0,0001$), los problemas . Todas las demás dimensiones de los problemas de conducta tienen correlaciones significativas con el estrés vivido por la familia pero son inferiores a $\rho = \pm 0,400$ (Tabla 62). Además, la conducta externalizante del menor al llegar se relaciona significativamente con el estrés derivado de las dificultades de vinculación ($\rho = 0,426$; $p = 0,0001$).

TABLA 62: CORRELACIONES ENTRE EL ESTRÉS FAMILIAR Y LA CONDUCTA DEL MENOR AL LLEGAR.

	INT_P	EXT_P	TOT_P
IEATOT: Total de estrés por transición a la parentalidad adoptiva	0,421**	0,529**	0,576**
TRANS: Transición a la parentalidad	0,137	0,267**	0,255**
VINC: Dificultades de vinculación paterno-filial	0,322**	0,426**	0,376**
ESC: Dificultades de integración social y escolar	0,365**	0,589**	0,629**
PRC: Dificultades en el proceso	0,280**	0,220**	0,288**
MONO: Estrés derivado monoparentalidad	0,125	0,114	0,075
HNOS: Dificultades entre hermanos	0,166*	0,148	0,154*
NESP: Cuidado de un menor con necesidades especiales	0,246**	0,384**	0,419**
INFER: No aceptación de la infertilidad	0,114	0,219**	0,222**
DSQ: Desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja	0,362**	0,327**	0,371**
TRB: Aumento de trabajo	0,133	0,200*	0,197*
FCA: Minusvalía física	0,095	0,156*	0,202*
CULT: Inserción cultural	0,393**	0,478**	0,566**
STG: Adopción como estigma	0,312**	0,184*	0,273**

INT_P= Problemas internalizantes al inicio de la convivencia; EXT_P= problemas externalizantes al inicio de la convivencia; TOT_P= total de problemas de conducta al inicio de la convivencia. El coeficiente de correlación utilizado es rho de Spearman * p<0,05; ** p<0,01; ***<0,001.

ESTRÉS FAMILIAR Y ADAPTACIÓN

El estrés vivido por la familia en su transición a la parentalidad adoptiva se relaciona negativa y significativamente con la adaptación subjetiva de la familia, de manera que a mayor estrés, menor es la percepción de adaptación ($\rho=-0,460$).

Las dimensiones del estrés que más íntimamente relacionadas están con la adaptación familiar así evaluada son las dificultades de vinculación ($\rho=-0,466$), las dificultades de inserción social y escolar ($\rho=-0,393$), las necesidades especiales del menor ($\rho=-0,393$), la dificultad de inserción cultural ($\rho=-0,344$) y la no aceptación de la infertilidad ($\rho=-0,312$). También la transición normativa a la parentalidad, las dificultades en el proceso, las dificultades entre hermanos, el desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja y la minusvalía física del menor están relacionadas con la adaptación subjetiva de la familia pero con un índice de correlación menor de $\pm 0,300$ como podemos observar en la Tabla 63.

También podemos destacar que ni la monoparentalidad, ni el aumento de trabajo en el hogar ni la estigmatización de la familia se relacionan directamente con la percepción subjetiva de la adaptación.

TABLA 63: CORRELACIONES ENTRE EL ESTRÉS FAMILIAR Y LA ADAPTACIÓN FAMILIAR.

	Adaptación familiar
IEATOT: Total de estrés por transición a la parentalidad adoptiva	-0,460**
TRANS: Transición a la parentalidad	-0,290**
VINC: Dificultades de vinculación paterno-filial	-0,466**
ESC: Dificultades de integración social y escolar	-0,393**
PRC: Dificultades en el proceso	-0,159*
MONO: Estrés derivado monoparentalidad	-0,032
HNOS: Dificultades entre hermanos	-0,294**
NESP: Cuidado de un menor con necesidades especiales	-0,393**
INFER: No aceptación de la infertilidad	-0,312**
DSQ: Desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja	-0,223**
TRB: Aumento de trabajo	-0,126
FCA: Minusvalía física	-0,255**
CULT: Inserción cultural	-0,344**
STG: Adopción como estigma	-0,067

El coeficiente de correlación utilizado es rho de Spearman * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $< 0,001$.

ESTRÉS FAMILIAR Y EVALUACIÓN COGNITIVA²²

Un alto índice de estrés familiar se relaciona significativamente con unas expectativas más negativas sobre la adaptación ($\rho = -0,608$) así como con unas bajas expectativas de control ($\rho = -0,591$) y una menor preparación para la situación ($\rho = -0,543$).

Las fuentes de estrés que más contribuyen a un descenso en las expectativas de control son los problemas de vinculación ($\rho = -0,502$), seguidos por el cuidado de un menor con necesidades especiales ($\rho = -0,498$), las dificultades de inserción social y escolar ($\rho = -0,469$) así como cultural del menor ($\rho = -0,420$), la transición normativa a la parentalidad ($\rho = -0,306$), la no aceptación de la infertilidad ($\rho = -0,341$) y las dificultades en el proceso ($\rho = -0,306$). Las únicas fuentes de estrés que no muestran una relación significativa con las expectativas de control son la monoparentalidad, la minusvalía física del menor y la estigmatización. El resto de dimensiones del estrés se relacionan con las expectativas de control pero con índices inferiores a $\pm 0,300$.

Por otro lado, las fuentes de estrés que más contribuyen a la ruptura de las expectativas familiares son las dificultades de transición normativa a la parentalidad ($\rho = -$

²² Por evaluación cognitiva entendemos al factor que integra las expectativas de adaptación y la reestructuración cognitiva.

0,399) las del cuidado de un menor con necesidades especiales ($\rho=-0,398$), las de no aceptación de la infertilidad ($\rho=-0,392$), las dificultades de inserción social y escolar ($\rho=-0,379$) y los problemas de vinculación familiar ($\rho=-0,351$). Ni la monoparentalidad, ni la relación entre hermanos, ni la minusvalía física del menor ni la estigmatización guardan relación con esta variable y el resto de dimensiones lo hace con un índice de correlación inferior a $\pm 0,300$ como podemos observar en la Tabla 64.

Por último, las fuentes de estrés que más dificultan la reestructuración cognitiva de la situación por parte de la familia son las dificultades de vinculación ($\rho=-0,346$).

TABLA 64: CORRELACIONES ENTRE EL ESTRÉS FAMILIAR Y LA EVALUACIÓN COGNITIVA.

	CTROL	CONFIR	REST
IEATOT: Total de estrés por transición a la parentalidad adoptiva	-0,591**	-0,543**	-0,340**
TRANS: Transición a la parentalidad	-0,395**	-0,399**	-0,283
VINC: Dificultades de vinculación paterno-filial	-0,502**	-0,351**	-0,314**
ESC: Dificultades de integración social y escolar	-0,469**	-0,374**	-0,187*
PRC: Dificultades en el proceso	-0,306**	-0,352**	-0,158
MONO: Estrés derivado monoparentalidad	-0,098	0,009	-0,157
HNOS: Dificultades entre hermanos	-0,257**	-0,149	-0,200*
NESP: Cuidado de un menor con necesidades especiales	-0,498**	-0,398**	-0,205*
INFER: No aceptación de la infertilidad	-0,341**	-0,392**	-0,256**
DSQ: Desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja	-0,263**	-0,272**	-0,125
TRB: Aumento de trabajo	-0,199*	-0,258**	-0,191*
FCA: Minusvalía física	-0,198	-0,072	-0,123
CULT: Inserción cultural	-0,420**	-0,264**	-0,189*
STG: Adopción como estigma	-0,121	-0,025	-0,145

CTROL: expectativas de control; CONFIR: confirmación de expectativas; REST: Reestructuración cognitiva. El coeficiente de correlación utilizado es rho de Spearman * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $< 0,001$.

EVALUACIÓN COGNITIVA Y ADAPTACIÓN

La adaptación familiar se percibe más positivamente cuanto mayores han sido las expectativas de control ($\rho=0,704$), la confirmación de expectativas ($\rho=0,530$) y la reestructuración positiva ($\rho=0,328$).

ESTRÉS FAMILIAR Y PROBLEMAS ACTUALES DE CONDUCTA

El estrés vivido durante la transición a la parentalidad adoptiva se relaciona significativamente con los problemas de conducta del menor en la actualidad

(rho=0,686), siendo esta relación más fuerte para los problemas externalizantes (rho=0,606) que para los internalizantes (rho=0,534). El estrés familiar mantiene esta relación con todas las dimensiones de los problemas de conducta de manera que cuanto mayor es el estrés que ha vivido la familia, mayores son también los problemas de atención (rho=0,575), los problemas sociales (rho=0,570), la conducta agresiva (rho=0,566), la conducta delincuente (rho=0,538), los problemas de ansiedad (rho=0,490), los de pensamiento (rho=0,412), los de aislamiento (rho=0,412) y los sexuales (rho=0,406). También las quejas somáticas se relacionan con el estrés familiar pero con un índice de correlación inferior a $\pm 0,300$.

Si analizamos qué dimensiones del estrés familiar se relacionan con más fuerza con los problemas de conducta del menor en la actualidad, encontramos en pri-

TABLA 65: CORRELACIONES ENTRE EL ESTRÉS FAMILIAR Y LOS PROBLEMAS ACTUALES DE CONDUCTA DEL MENOR.

	AIS	SOM	ANS	SOC	PENS	ATT	DEL	AGR	SEX	OTR	INT	EXT	TOT
IEATOT	0,412**	0,253**	0,490**	0,570**	0,449**	0,575**	0,565**	0,566**	0,406**	0,538**	0,534**	0,606**	0,686**
IEANUM	0,434**	0,280**	0,483**	0,561**	0,445**	0,541**	0,538**	0,558**	0,440**	0,540**	0,539**	0,591**	0,668**
TRANS	0,240**	0,128	0,207**	0,293**	0,239**	0,338**	0,388**	0,368**	0,352**	0,323**	0,251**	0,393**	0,388**
VINC	0,289**	0,270**	0,402**	0,356**	0,366**	0,337**	0,433**	0,375**	0,347**	0,317**	0,424**	0,417**	0,462**
ESC	0,269**	0,174*	0,455**	0,589**	0,388**	0,638**	0,534**	0,571**	0,310**	0,512**	0,424**	0,609**	0,677**
PRC	0,210**	0,119	0,329**	0,279**	0,269**	0,321**	0,177*	0,237**	0,074	0,233**	0,345**	0,241**	0,341**
MONO	0,076	0,031	0,030	0,038	0,060	-0,002	0,082	0,076	0,161*	0,056	0,065	0,090	0,076
HNOS	0,292**	0,111	0,246**	0,111	0,211**	0,121	0,217**	0,197*	0,086	0,214**	0,277**	0,211**	0,232**
NESP	0,288**	0,128	0,346**	0,506**	0,410**	0,431**	0,316**	0,412**	0,322**	0,454**	0,363**	0,416**	0,493**
INFER	0,298**	0,142	0,166*	0,269**	0,241**	0,308**	0,362**	0,349**	0,199*	0,278**	0,234**	0,379**	0,355**
DSQ	0,217**	0,113	0,279**	0,294**	0,169*	0,137	0,194*	0,280**	0,168*	0,297**	0,304**	0,275**	0,317**
TRB	0,222**	0,085	0,128	0,212**	0,224**	0,218**	0,260**	0,274**	0,208**	0,244**	0,176*	0,302**	0,284**
FCA	0,176*	0,018	0,146	0,166*	0,108	0,180*	0,181*	0,254**	0,166*	0,252**	0,167*	0,262**	0,265**
CULT	0,157*	0,234**	0,365**	0,461**	0,315**	0,392**	0,398**	0,369**	0,334**	0,431**	0,343**	0,398**	0,478**
STG	0,120	0,082	0,316**	0,244**	0,171*	0,110	0,136	0,097	0,115	0,240**	0,281**	0,113	0,213**

IEATOT: total de estrés por transición a la parentalidad adoptiva; TRANS: transición a la parentalidad; VINC: dificultades de vinculación; ESC: dificultades de inserción social y escolar; PRC: dificultades en el proceso; MONO: estrés derivado de la monoparentalidad; HNOS: dificultades entre hermanos; NESP: cuidado de un menor con necesidades especiales; INFER: no aceptación de la infertilidad; DSQ: desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja; TRB: aumento de trabajo; FCA: minusvalía física; CULT: dificultades de inserción cultural; STG: adopción como estigma; AIS: problemas de aislamiento post; SOM: quejas somáticas post; ANS: problemas de ansiedad post; SOCI: problemas sociales post; PENS: problemas de pensamiento post; ATT: problemas de atención post; DEL: conducta delincuente post; AGR: conducta agresiva post; SEX: problemas sexuales post; OTRS: otros problemas post; INT: síndrome internalizante post; EXT: síndrome externalizante post; TOT: total de problemas de conducta post. El coeficiente de correlación utilizado es rho de Spearman * p<0,05; ** p<0,01; ***<0,001.

mer lugar las dificultades de integración social y escolar ($\rho=0,677$) y, a cierta distancia, las derivadas del cuidado de un menor con necesidades especiales ($\rho=0,493$), las dificultades de inserción cultural ($\rho=0,478$), de vinculación ($\rho=0,462$), la transición normativa a la parentalidad ($\rho=0,388$), la no aceptación de la infertilidad ($\rho=0,355$), las dificultades en el proceso ($\rho=0,341$) y el desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja ($\rho=0,317$). El resto de dimensiones del estrés, a excepción de la monoparentalidad, también guardan relación con los problemas actuales de conducta pero ésta no supera un índice de correlación de $\pm 0,300$ como podemos observar en la Tabla 65.

ESTRÉS FAMILIAR Y SOBRRERREACTIVIDAD

El estrés familiar se relaciona con una mayor sobrerreactividad en las intervenciones educativas de los progenitores ($\rho=0,550$). La fuente de estrés que se relaciona más intensamente con la sobrerreactividad de los padres es la dificultad de inserción social y escolar del menor ($\rho=0,481$) seguida de las dificultades de vinculación ($\rho=0,401$), la transición normativa a la parentalidad ($\rho=0,385$), las dificultades de inserción cultural ($\rho=0,364$) y la no aceptación de la infertilidad ($\rho=0,313$). También las dificultades en el proceso, el desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja, la minusvalía física del menor o el aumento del trabajo en el hogar se relacionan significativamente con la sobrerreactividad pero con un índice de correlación inferior a $\pm 0,300$ como podemos observar en la Tabla 66.

TABLA 66: CORRELACIONES ENTRE EL ESTRÉS FAMILIAR Y LA SOBRRERREACTIVIDAD.

	Sobrerreactividad
IEATOT: Total de estrés por transición a la parentalidad adoptiva	0,550**
TRANS: Transición a la parentalidad	0,385**
VINC: Dificultades de vinculación paterno-filial	0,401**
ESC: Dificultades de integración social y escolar	0,481**
PRC: Dificultades en el proceso	0,297**
MONO: Estrés derivado monoparentalidad	0,095
HNOS: Dificultades entre hermanos	0,093
NESP: Cuidado de un menor con necesidades especiales	0,415
INFER: No aceptación de la infertilidad	0,313**
DSQ: Desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja	0,257**
TRB: Aumento de trabajo	0,215**
FCA: Minusvalía física	0,229**
CULT: Inserción cultural	0,364**
STG: Adopción como estigma	0,154

El coeficiente de correlación utilizado es rho de Spearman * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $< 0,001$.

SOBRERREACTIVIDAD Y CONDUCTA ACTUAL DEL MENOR

La sobrereactividad de los progenitores se encuentra relacionada con los problemas actuales de conducta ($\rho=0,545$), siendo esta relación mayor para la conducta externalizante ($\rho=0,516$) que para la internalizantes ($\rho=0,334$), de manera que a mayor sobrereactividad de los padres, mayor es también su percepción de problemática de conducta del menor en la actualidad. Los problemas con los que la sobrereactividad parental guarda mayor relación son los de atención ($\rho=0,530$), los sociales ($\rho=0,518$), la conducta agresiva ($\rho=0,496$) o delincuente ($\rho=0,461$), los problemas de pensamiento ($\rho=0,427$), los categorizados como otros ($\rho=0,423$), los de ansiedad ($\rho=0,386$) y los sexuales ($\rho=0,321$), También las quejas somáticas están relacionadas con la sobrereactividad pero con un índice de correlación inferior a $\pm 0,300$ (Tabla 67).

TABLA 67: CORRELACIONES ENTRE LA SOBRERREACTIVIDAD Y LA CONDUCTA ACTUAL DEL MENOR.

	Sobrereactividad
AIS problemas de aislamiento post	0,136
SOM quejas somáticas post	0,226**
ANS problemas de ansiedad post	0,386**
SOCI problemas sociales post	0,518**
PENS problemas de pensamiento post	0,427**
ATT problemas de atención post	0,530**
DEL conducta delincuente post	0,461**
AGR conducta agresiva post	0,496**
SEX problemas sexuales post	0,321**
OTRS otros problemas post	0,423**
INT sdrome internalizante post	0,334**
EXT sdrome externalizante post	0,516**
TOT total problemas post	0,545**

El coeficiente de correlación utilizado es rho de Spearman * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $<0,001$.

EVALUACIÓN COGNITIVA Y SOBRERREACTIVIDAD

Unas altas expectativas de control ($\rho=-0,533$) una mayor confirmación de expectativas ($\rho=-0,400$) y una mayor uso de la restructuración positiva por parte de la familia ($\rho=-0,318$) se relacionan con una menor sobrereactividad de la familia en sus intervenciones educativas.

ADAPTACIÓN FAMILIAR Y CONDUCTA ACTUAL DEL MENOR

La adaptación familiar se relaciona de manera inversa con los problemas de conducta del menor en la actualidad ($\rho=-0,329$) siendo esta relación más fuerte con la conducta externalizante ($\rho=-0,340$) que con la internalizante que no alcanza un índice de correlación superior a $\pm 0,300$ (Tabla 68).

Los problemas de conducta que más se relacionan con la adaptación familiar son los de pensamiento ($\rho=-0,406$), sociales ($\rho=-0,337$), la conducta delincuente ($\rho=-0,323$) y la conducta agresiva ($\rho=-0,314$). También los problemas de aislamiento, de ansiedad, de atención y los problemas sexuales o los categorizados como otros se relacionan con una percepción más negativa de la adaptación familiar pero con índices de correlación inferiores a $\pm 0,300$.

TABLA 68: CORRELACIONES ENTRE LA CONDUCTA ACTUAL DEL MENOR Y LA ADAPTACIÓN FAMILIAR.

	Adaptación familiar
AIS problemas de aislamiento post	-0,267**
SOM quejas somáticas post	-0,137
ANS problemas de ansiedad post	-0,159*
SOCI problemas sociales post	-0,337**
PENS problemas de pensamiento post	-0,406**
ATT problemas de atención post	-0,298**
DEL conducta delincuente post	-0,323**
AGR conducta agresiva post	-0,314**
SEX problemas sexuales post	-0,241**
OTRS otros problemas post	-0,195*
INT sdrome internalizante post	-0,214**
EXT sdrome externalizante post	-0,340**
TOT total problemas post	-0,329**

El coeficiente de correlación utilizado es rho de Spearman * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $<0,001$.

6.7. RELACIONES DE LAS VARIABLES CON LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Por último, procederemos a analizar la relación de las distintas dimensiones de la escala con las variables sociodemográficas más importantes descritas en la muestra. Los contrastes estadísticos utilizados han tenido en cuenta: la normalidad de la distribución de las variables, si las variables eran o no continuas y el número de niveles de la variable independiente como podemos observar en la Figura 20, Anexo II. En este apartado se comentan todas las correlaciones significativas por tratarse, mayoritariamente, de relaciones con variables ordinales.

En el caso de que se prevea que la relación entre la variable independiente y la dependiente puede no ser lineal se categorizarán las puntuaciones de la independiente en altas (25% superior), medias (50% intermedio) y bajas (25% superior) para tratarla como variable ordinal y hacer contrastes de diferencias inter e intra-grupos.

6.7.1. LA CONDUCTA DEL MENOR AL LLEGAR

INFORMADOR

Encontramos diferencias significativas en los problemas de ansiedad al llegar referidos por los padres en función del informador ($\chi^2=7,281$; g.l.=2; $p=0,026$) de manera que las madres que han contestado a los cuestionarios relatan más problemas de ansiedad ($\bar{X}=5,62$) que los padres que lo han hecho ($\bar{X}=3,63$; $U=1917,5$; $p=0,009$).

También encontramos diferencias significativas en el total de problemas internalizantes del menor al llegar informando de nuevo de más problemas internalizantes las madres ($\bar{X}=8,68$) que los padres ($\bar{X}=6,73$; $U=2045,5$, $p=0,033$).

SEXO DEL MENOR

Encontramos que las familias que adoptaron niños refieren más problemas de conducta de todos los tipos (exceptuando las quejas somáticas) que las que adoptaron niñas (Gráfico 14).

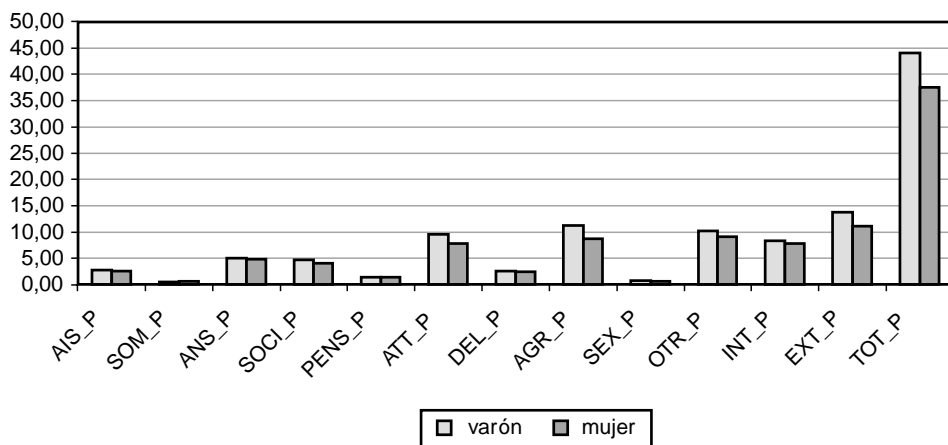
Esta mayor problemática de conducta en los varones sólo es significativa en las conductas agresivas, los problemas de atención, el síndrome externalizante y el total de conductas problema tal y como podemos observar en la Tabla 69.

EDAD DEL MENOR

En cuanto a la relación entre la edad del menor en el momento de la adopción y los problemas de conducta inicial que relatan sus padres, encontramos una correlación positiva y significativa, aunque no muy alta, entre la edad de la adopción y las quejas somáticas ($\rho=0,207$; $p=0,010$), los problemas de aislamiento ($\rho=0,191$; $p=0,017$), los problemas de ansiedad ($\rho=0,188$; $p=0,019$) y el total de conductas internalizantes ($\rho=0,196$; $p=0,014$) de manera que a mayor edad del menor, mayores problemas de este tipo parecen manifestarse a su llegada a la familia como podemos ver en la Tabla 70.

Para comprobar si se da algún tipo de relación no lineal entre la edad del menor a su llegada a la familia y los problemas de conducta inicial que recuerdan sus padres se agrupó la edad en intervalos de tres años. El contraste H de Kruskal Wallis muestra diferencias significativas sólo en los problemas de aislamiento

GRÁFICO 14: MEDIA DE PROBLEMAS DE CONDUCTA AL LLEGAR PARA VARONES Y MUJERES.



AIS_P = Problemas iniciales de aislamiento; SOM_P=Quejas somáticas iniciales ; ANS_P= Problemas iniciales de ansiedad; SOCI_P= Problemas sociales iniciales ; PENS_P=Problemas iniciales de pensamiento; ATT_P=Problemas iniciales de atención; DEL_P=Conducta delincuente al inicio; AGR_P=Conducta agresiva al inicio; SEX_P=Problemas sexuales iniciales; OTR_P=Otros problemas al inicio; INT_P=Síndrome internalizante al inicio; EXT_P= Síndrome externalizante al inicio;TOT_P= Total inicial de problemas de conducta. En el gráfico, las barras representan la media que alcanzan los distintos síndromes del CBCL para varones (representados en gris claro) y mujeres (representados en gris oscuro).

TABLA 69: DIFERENCIAS EN LA CONDUCTA DEL MENOR AL LLEGAR EN FUNCIÓN DE SU SEXO.

	Varón		Mujer		U	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x		
AIS_P problemas de aislamiento (pre)	2,80	2,74	2,54	3,05	2.933,5	0,208
SOM_P quejas somáticas (pre)	0,53	0,99	0,62	1,59	3.099,5	0,358
ANS_P problemas de ansiedad (pre)	5,08	4,76	4,80	5,12	3.033	0,361
SOCI_P problemas sociales (pre)	4,66	2,91	4,07	2,95	2.894	0,168
PENS_P problemas de pensamiento (pre)	1,40	2,09	1,33	2,22	3.053,5	0,360
ATT_P problemas de atención (pre)	9,55	5,20	7,76	5,32	2.581	0,022*
DEL_P conductas delincuentes (pre)	2,57	2,12	2,41	2,91	2.908	0,179
AGR_P conducta agresiva (pre)	11,17	7,47	8,66	7,74	2.526,5	0,009**
SEX_P problemas sexuales (pre)	0,70	1,53	0,59	1,60	3.283	0,919
OTR_P otros problemas (pre)	10,15	6,94	9,01	6,55	2.985,5	0,286
INT_P sdrome internalizante (pre)	8,28	7,25	7,82	8,40	2.948	0,232
EXT_P conducta externalizante (pre)	13,75	9,03	11,07	10,08	2.590,5	0,017*
TOT_P total problemas pre	44,09	24,38	37,51	27,44	2.624,5	0,032*

El contraste utilizado ha sido U de Mann-Witney. * p<0,05; **p<0,01.

TABLA 70: CORRELACIONES ENTRE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA DEL MENOR AL LLEGAR Y SU EDAD.

	Edad del menor
AIS_P problemas de aislamiento (pre)	0,191*
SOM_P quejas somáticas (pre)	0,207*
ANS_P problemas de ansiedad (pre)	0,188*
SOCI_P problemas sociales (pre)	0,084
PENS_P problemas de pensamiento (pre)	0,136
ATT_P problemas de atención (pre)	0,021
DEL_P conductas delincuentes (pre)	0,155
AGR_P conducta agresiva (pre)	0,071
SEX_P problemas sexuales (pre)	0,068
OTR_P otros problemas (pre)	-0,105
INT_P síndrome internalizante (pre)	0,196*
EXT_P conducta externalizante (pre)	0,086
TOT_P total problemas pre	0,083

El coeficiente de correlación utilizado es rho de Spearman * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

($\chi^2=7,956$; g.l.=3; $p=0,047$) y los problemas de ansiedad ($\chi^2=8,512$; g.l.=2; $p=0,037$) entre los distintos grupos de edad (ver Tabla 104, anexo III).

Los menores adoptados entre los tres y los seis años tienen significativamente menos problemas de aislamiento ($\bar{X}=2,17$) que los adoptados entre los doce y los quince años ($\bar{X}=5,0$; $U=117$; $p=0,045$) y también menos problemas de ansiedad ($=3,93$) que los menores adoptados entre los seis y los nueve años ($\bar{X}=6,74$; $U=1475$; $p=0,008$) no existiendo diferencias significativas entre el resto de grupos entre sí en ninguna de las dos dimensiones de la conducta.

Otras diferencias halladas en las comparaciones por pares (U de Mann-Witney) han sido que los menores adoptados de tres a seis años tienen menos quejas somáticas ($\bar{X}=0,35$) y menos problemas internalizantes ($\bar{X}=6,35$) que los menores adoptados entre los seis y los nueve años ($\bar{X}=1,07$; $U=1701$; $p=0,027$ y $\bar{X}=10,93$; $U=1573,5$; $p=0,027$ respectivamente). Por último, encontramos que los menores adoptados entre los seis y nueve años tienen significativamente más conductas agresivas ($=12,07$) que los adoptados entre los doce y los quince años ($=4,80$; $U=47,5$; $p=0,047$).

PAIS DE ORIGEN

El contraste H de Kruskal Wallis de los problemas de conducta del menor al llegar al hogar, tal y como los relatan sus padres, sólo muestra diferencias significativas inter-grupos entre los distintos países de origen en problemas de atención ($\chi^2=23,175$; g.l.=8; $p=0,003$) (ver Tabla 105, anexo III).

Las familias que reflejan menos problemas de atención en sus menores son las que adoptaron en China ($\bar{X}=3,38$) que muestran diferencias significativas con las que adoptaron en cualquier otro país (Tabla 71). También encontramos diferencias significativas entre los que adoptaron en India ($\bar{X}=6,38$) y los que adoptaron en Ucrania ($\bar{X}=11,91$), Rumanía ($\bar{X}=10,89$), Bulgaria ($\bar{X}=10,06$) o Rusia ($\bar{X}=8,53$) que son las que más problemas de atención mostraron. Por último, las familias que adoptaron en Colombia ($\bar{X}=7,23$) también difieren en este punto de las que adoptaron en Ucrania y Rumanía.

TABLA 71: DIFERENCIAS POR PARES EN LOS PROBLEMAS DE ATENCIÓN DEL MENOR AL LLEGAR EN FUNCIÓN DE SU PAÍS DE ORIGEN.

País 1	País 2	U	p
China	Rusia	57,5	0,008**
	Rumanía	24,0	0,001**
	Colombia	55,0	0,045*
	Bulgaria	14,5	0,002**
	India	22,5	0,031*
	Ucrania	7,5	0,003**
	Perú	17,0	0,039*
India	Rusia	7,5	0,003**
	Rumanía	85,5	0,007**
	Bulgaria	61,0	0,037*
	Ucrania	30,5	0,017*
Colombia	Rumanía	216,0	0,010*
	Ucrania	78,5	0,031*

En la tabla sólo se representan los contrastes de U de Mann-Witney que han mostrado diferencias significativas. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Los contrastes por pares (U de Mann-Witney) nos muestran otras diferencias en el síndrome internalizante, el síndrome externalizante y el total de conductas problema así como en problemas de ansiedad, problemas de aislamiento, problemas sociales, conductas delincuentes y conductas agresivas.

Encontramos diferencias significativas en el total de problemas de conducta entre los adoptados en China ($\bar{X}=21,38$) frente a los adoptados en Ucrania ($\bar{X}=53,27$), Perú ($\bar{X}=45,80$), Bulgaria ($\bar{X}=43,53$), Rusia ($\bar{X}=42,44$) y Rumanía ($\bar{X}=39,57$). También encontramos que los menores adoptados en Colombia ($\bar{X}=34,73$) muestran significativamente menos problemas de conducta que los de Ucrania y los adoptados en la India ($\bar{X}=37,00$) que los de Rusia (Tabla 72).

TABLA 72: DIFERENCIAS POR PARES EN EL TOTAL DE PROBLEMAS DE CONDUCTA DEL MENOR AL INICIO EN FUNCIÓN DE SU PAÍS DE ORIGEN.

País 1	País 2	U	p
China	Ucrania	7,0	0,002**
	Perú	17,0	0,041*
	Bulgaria	24,5	0,011*
	Rusia	78,0	0,043*
	Rumanía	50,5	0,019*
Colombia	Ucrania	64,5	0,009**
India	Rusia	7,0	0,002**

En la tabla sólo se representan los contrastes de U de Mann-Witney que han mostrado diferencias significativas. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

En los problemas de tipo internalizante que relatan las familias, encontramos diferencias significativas entre los que adoptaron en Perú ($\bar{X}=12,10$), Ucrania ($\bar{X}=9,91$) y Rusia ($\bar{X}=8,06$) frente a los que lo hicieron en Rumanía ($\bar{X}=5,07$; $U=74,5$; $p=0,022$; $U=86,0$, $p=0,026$ y $U=366,5$, $p=0,039$ respectivamente).

Las conductas de tipo externalizante aparecen significativamente menos en las familias que adoptaron en China ($\bar{X}=5,13$) frente al resto de los grupos: Ucrania ($\bar{X}=16,00$; $U=9,5$; $p=0,004$), Rusia ($\bar{X}=13,75$; $U=74$; $p=0,033$), Perú ($\bar{X}=13,30$; $U=12$; $p=0,013$), Rumanía ($\bar{X}=13,03$; $U=39$; $p=0,004$), Bulgaria ($\bar{X}=12,59$; $U=25,5$; $p=0,013$) y Colombia ($\bar{X}=11,08$; $U=54$; $p=0,042$) y exceptuando la India. También encontramos diferencias significativas entre las que adoptaron en India ($\bar{X}=9,23$) y las que lo hicieron en Ucrania ($U=32$; $p=0,022$) y en Rusia ($U=9,5$; $p=0,004$) (Tabla 73).

TABLA 73: DIFERENCIAS POR PARES EN EL SÍNDROME EXTERNALIZANTE AL LLEGAR EN FUNCIÓN DEL PAÍS DE ORIGEN DEL MENOR.

País 1	País 2	U	p
China	Rusia	74,0	0,033*
	Rumanía	39,0	0,004**
	Colombia	54,0	0,042*
	Bulgaria	25,5	0,013*
	Ucrania ($\bar{X}=16,0$)	9,5	0,004**
	Perú	12,0	0,013*
India	Ucrania ($\bar{X}=16,0$)	32,0	0,022*
	Rusia	9,5	0,004**

En la tabla sólo se representan los contrastes de U de Mann-Witney que han mostrado diferencias significativas. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

Las familias con menos problemas de aislamiento en sus menores fueron las que adoptaron en Rumania ($\bar{X}=1,41$), que difieren significativamente de las que lo hicieron en Perú ($\bar{X}=3,70$; $U=79,5$; $p=0,030$), Ucrania ($\bar{X}=3,36$, $U=89,0$, $p=0,028$) o Rusia ($\bar{X}=2,42$; $U=347,0$; $p=0,018$).

Por otro lado, las familias que adoptaron en Perú ($\bar{X}=8,10$) relataron más problemas de ansiedad que las que adoptaron en Colombia ($\bar{X}=3,85$, $U=68,5$; $p=0,009$), Rumania ($\bar{X}=3,41$, $U=75,0$; $p=0,023$) o China ($\bar{X}=2,50$, $U=17,0$; $p=0,038$) y las que adoptaron en Rumania de las que lo hicieron en Ucrania ($\bar{X}=6,55$; $U=94,0$; $p=0,045$).

Las familias que mostraron mayores problemas sociales en sus menores fueron las que adoptaron en Rumania ($\bar{X}=5,14$) que difieren significativamente de las que lo hicieron en China ($\bar{X}=2,50$; $U=50,0$; $p=0,014$) y en Colombia ($\bar{X}=3,12$; $U=224,0$, $p=0,009$). En segundo lugar encontramos a las que adoptaron en Bulgaria ($\bar{X}=5,0$) que difieren significativamente de los mismos grupos que la anterior ($U=28,5$, $p=0,020$ y $U=127,0$; $p=0,018$ respectivamente). También encontramos que las que adoptaron en Rusia ($\bar{X}=4,56$) muestran unos problemas sociales significativamente mayores que las que lo hicieron en China ($U=78,0$; $p=0,045$).

Las conductas delincuentes aparecen menos en las familias que adoptaron en China ($\bar{X}=1,0$) que difieren significativamente de las que lo hicieron en Ucrania ($\bar{X}=3,09$; $U=5,0$; $p=0,014$), Rumanía ($\bar{X}=2,83$; $U=35,0$; $p=0,16$) y Bulgaria ($\bar{X}=2,35$; $U=35,0$, $p=0,045$). También encontramos diferencias significativas entre las que adoptaron en India ($\bar{X}=1,62$) y las que lo hicieron en Rusia ($\bar{X}=2,89$; $U=5,0$; $p=0,014$).

Las conductas agresivas fueron menores de nuevo en las familias que adoptaron en China ($\bar{X}=4,13$) que difieren significativamente de todos los demás grupos menos de los que adoptaron en India: Ucrania ($\bar{X}=12,91$; $U=9,5$; $p=0,004$), Perú ($\bar{X}=10,90$; $U=13,5$; $p=0,018$), Rusia ($\bar{X}=10,86$; $U=76,5$; $p=0,040$); Bulgaria ($\bar{X}=10,24$; $U=26$; $p=0,014$); Rumanía ($\bar{X}=10,21$; $U=46,5$; $p=0,010$) y Colombia ($\bar{X}=9,12$; $U=52,5$; $p=0,036$). Las familias que adoptaron en India ($\bar{X}=7,62$) a su vez difieren significativamente de las que lo hicieron en Ucrania ($U=30,5$; $p=0,017$) y en Rusia ($U=9,5$; $p=0,004$) (Tabla 74).

ESTUDIOS DE LOS PROGENITORES

Encontramos una relación pequeña pero significativa entre los estudios de la madre y un menor número de quejas somáticas ($\rho=-0,169$; $p=0,033$) y problemas de atención ($\rho=-0,162$; $p=0,043$). Por otro lado, no encontramos ninguna correlación significativa entre el nivel de estudios del padre y los problemas de conducta del menor al llegar (Tabla 106, anexos estadísticos).

TIPO DE FAMILIA

El contraste de Kruskal-Wallis no muestra ninguna relación significativa entre el tipo de familia y los problemas iniciales de conducta en el menor (ver Tabla 107, anexo III).

TABLA 74: DIFERENCIAS POR PARES EN LAS CONDUCTAS AGRESIVAS DEL MENOR AL LLEGAR EN FUNCIÓN DE SU PAÍS DE ORIGEN DEL MENOR.

País 1	País 2	U	p
China	Rusia	76,5	0,040*
	Rumanía	46,5	0,010*
	Colombia	52,5	0,036*
	Bulgaria	26,0	0,014*
	Ucrania	9,5	0,004**
	Perú	13,5	0,018*
India	Ucrania	30,5	0,017*
	Rusia	9,5	0,004**

En la tabla sólo se representan los contrastes de U de Mann-Witney que han mostrado diferencias significativas. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

En las comparaciones por pares, sólo encontramos diferencias significativas entre las familias biparentales con hijos y las biparentales sin hijos en problemas de ansiedad ($U=1479,5$; $p=0,038$), relatando más las primeras ($\bar{X}=6,07$) que las segundas ($\bar{X}=4,42$) y en los problemas categorizados como otros en las que las familias biparentales con hijos ($\bar{X}=11,49$) superan significativamente a las familias mono-parentales ($\bar{X}=8,03$; $U=437,5$; $p=0,039$).

EDAD DE LOS PROGENITORES

Parece existir una relación pequeña pero significativa entre la edad de los padres y los problemas de sus hijos al llegar, especialmente en lo que se refiere a los problemas de atención ($\rho=-0,225$; $p=0,005$), conductas agresivas ($\rho=-0,158$; $p=0,048$), otros problemas ($\rho=-0,192$; $p=0,016$), síndrome internalizante ($\rho=-0,175$; $p=0,028$) o el total de problemas ($\rho=-0,223$; $p=0,005$). En todos los casos parece que a medida que aumenta la edad media de los padres disminuye el número de problemas que reportan en estos campos (Tabla 75).

También parece haber una correlación negativa y significativa entre la edad del padre (sólo en familias biparentales) y el síndrome internalizante ($\rho=-0,202$; $p=0,044$) o los problemas de aislamiento ($\rho=-0,258$; $p=0,044$) y entre la edad de la madre y los problemas de atención en los niños al llegar ($\rho=-0,158$; $p=0,048$).

COMPOSICIÓN DE LA FRATRIA

Existen diferencias significativas entre las familias que no tenían hijos, las que los tenían biológicos y las que los tenían adoptivos de manera previa a la adopción objeto de estudio en el total de conductas problema ($\chi^2=8,355$, g.l.=2; $p=0,015$)

TABLA 75: CORRELACIONES ENTRE LA CONDUCTA DEL MENOR AL LLEGAR Y LA EDAD DE LOS PADRES.

	Edad del padre	Edad de la madre	Edad media ambos
AIS_P problemas de aislamiento (pre)	-0,158*	-0,013	-0,102
SOM_P quejas somáticas (pre)	-0,087	0,047	-0,011
ANS_P problemas de ansiedad (pre)	-0,149	-0,061	-0,140
SOCI_P problemas sociales (pre)	-0,099	-0,103	-0,164*
PENS_P problemas de pensamiento (pre)	-0,041	-0,045	-0,073
ATT_P problemas de atención (pre)	-0,099	-0,158*	-0,225**
DEL_P conductas delincuentes (pre)	-0,042	-0,056	-0,097
AGR_P conducta agresiva (pre)	-0,083	-0,095	-0,158*
SEX_P problemas sexuales (pre)	-0,076	-0,015	-0,044
OTR_P otros problemas (pre)	-0,088	-0,144	-0,192*
INT_P sdrome internalizante (pre)	-0,202*	-0,068	-0,175*
EXT_P conducta externalizante (pre)	-0,082	-0,090	-0,148
TOT_P total problemas pre	-0,135	-0,138	-0,223**

El coeficiente de correlación utilizado es rho de Spearman * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $< 0,001$.

en las conductas de tipo externalizante ($\chi^2=8,449$; g.l.=2; $p=0,015$) así como en problemas sociales ($\chi^2=8,326$; g.l.=2; $p=0,016$), problemas de atención ($\chi^2=7,803$; g.l.=2; $p=0,020$), conductas delincuentes ($\chi^2=6,951$; g.l.=2; $p=0,031$), conductas agresivas ($\chi^2=7,418$; g.l.=2; $p=0,025$) como podemos observar en la Tabla 76.

Las familias que ya tenían hijos biológicos reportan mayores problemas de conducta inicial ($\bar{X}=49,0$), mayores problemas de atención ($\bar{X}=10,83$) y mayores problemas sociales ($=5,60$), que las que no tenían hijos ($\bar{X}=40,36$; $U=1296$; $p=0,043$; $\bar{X}=8,57$; $U=1296$; $p=0,043$ y $\bar{X}=4,25$; $U=1285$; $p=0,020$ respectivamente) o los habían adoptado ($\bar{X}=27,0$; $U=97,5$; $p=0,006$; $\bar{X}=6,14$; $U=104$; $p=0,010$ y $\bar{X}=3,07$; $U=104$; $p=0,007$ respectivamente).

Las familias con menos problemas de tipo externalizante en sus menores al llegar, son las que tenían hijos adoptados ($\bar{X}=7,93$) que se diferencian significativamente de las que no tenían hijos ($\bar{X}=12,55$; $U=549,5$; $p=0,041$) o los tenían biológicos ($\bar{X}=14,60$; $U=103$; $p=0,007$).

Con respecto a las conductas delincuentes, encontramos que los que habían adoptado previamente ($\bar{X}=1,50$) muestran menos que los que tenían hijos biológicos previos ($\bar{X}=2,48$; $U=115$; $p=0,015$).

También se encuentran diferencias en las conductas agresivas, percibiendo más conductas agresivas en sus menores las familias que ya tenían hijos biológicos ($\bar{X}=11,53$) que las que habían adoptado ($\bar{X}=6,43$, $U=106,5$; $p=0,009$) y menos éstas que las que no tenían hijos previamente ($\bar{X}=10,07$; $U=540$; $p=0,034$).

TABLA 76: DIFERENCIAS EN LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA DEL MENOR AL LLEGAR EN FUNCIÓN DE LA COMPOSICIÓN DE LA FRATRÍA.

	Sin hijos		Con hijos biológicos		Con hijos adoptivos		χ^2	gl	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
AIS_P problemas de aislamiento (pre)	2,57	2,73	3,03	3,70	2,36	2,13	0,010	2	0,995
SOM_P quejas somáticas (pre)	0,62	1,40	0,47	0,94	0,00	0,00	4,482	2	0,106
ANS_P problemas de ansiedad (pre)	4,69	4,85	6,17	5,19	3,21	2,86	4,269	2	0,118
SOCI_P problemas sociales (pre)	4,25	2,94	5,60	2,91	3,07	2,16	8,326	2	0,016*
PENS_P problemas de pensamiento (pre)	1,25	1,92	2,13	3,04	0,50	0,85	2,528	2	0,283
ATT_P problemas de atención (pre)	8,57	5,24	10,83	5,45	6,14	4,42	7,803	2	0,020*
DEL_P conductas delinquentes (pre)	2,48	2,68	3,07	2,02	1,50	1,79	6,951	2	0,031*
AGR_P conducta agresiva (pre)	10,07	7,90	11,53	6,78	6,43	6,96	7,418	2	0,025*
SEX_P problemas sexuales (pre)	0,70	1,68	0,53	1,25	0,21	0,58	1,011	2	0,603
OTR_P otros problemas (pre)	9,17	6,52	12,00	7,34	6,57	4,09	6,221	2	0,045*
INT_P sdrome internalizante (pre)	7,75	7,75	9,47	8,35	5,50	4,47	2,375	2	0,305
EXT_P conducta externalizante (pre)	12,55	10,02	14,60	7,90	7,93	8,22	8,449	2	0,015*
TOT_P total problemas	40,36	26,55	49,00	24,17	27,00	18,19	8,355	2	0,015*

El contraste utilizado ha sido H de Kruskal-Wallis. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

MOTIVACIÓN PARA LA ADOPCIÓN

En cuanto a la motivación para adoptar, sólo encontramos diferencias significativas en conductas delinquentes ($\chi^2=6,450$, $gl=2$; $p=0,040$). Las familias categorizadas de adopción preferencial son las que relatan más conductas delinquentes en sus hijos ($\bar{X}=3,16$) y se diferencian significativamente de las adopciones tradicionales ($\bar{X}=2,37$; $U=1229,5$; $p=0,017$) y estas, a su vez, de las categorizadas como monoparentales ($\bar{X}=2,12$; $U=275$; $p=0,042$).

OTRAS VARIABLES

No encontramos ninguna relación entre los problemas de conducta del menor al llegar y el nivel de ingresos de la familia (Tabla 108; anexo III), el tiempo que se tardó en tramitar la adopción (Tabla 110) o el tipo de tramitación²³ (ver Tabla 109, anexo III).

6.7.2. EL ESTRÉS FAMILIAR

INFORMADOR

El contraste de H de Kruskal-Wallis sólo muestra diferencias significativas en el estrés derivado del proceso en función del informador ($\chi^2=6,442$; g.l.=2; $p=0,040$), de manera que las familias en las que ambos padres contestan al cuestionario presentan menor estrés derivado del proceso ($\bar{X}=0,50$) que cuando este es contestado sólo por la madre ($\bar{X}=3,44$, $U=129$; $p=0,013$), o sólo por el padre ($\bar{X}=3,99$; $U=55,5$; $p=0,012$) no encontrándose diferencias significativas en función de cuál de los progenitores sea el que conteste individualmente a la encuesta (ver Tabla 111, anexo III).

EDAD DEL MENOR

No existe una relación significativa entre la edad del menor y el estrés experimentado por las familias en la transición a la parentalidad adoptiva en su totalidad. Sin embargo, sí existe relación entre la edad de la adopción y las distintas dimensiones del estrés analizadas por separado. Así, encontramos que a mayor edad de la adopción mayores son las dificultades de vinculación paterno-filial ($\rho=0,238$; $p=0,003$) y las dificultades de inserción social y escolar ($\rho=0,177$; $p=0,027$) y, por el contrario, es menor el estrés relacionado con la transición normativa a la parentalidad ($\rho=-0,237$; $p=0,003$) o el aumento de trabajo en casa ($\rho=-0,224$; $p=0,005$). No encontramos ninguna relación entre el resto de fuentes de estrés y la edad del menor en la adopción (Tabla 112; anexo III).

PAIS DE ORIGEN

Encontramos diferencias significativas según el contraste de H de Kruskal-Wallis en función del país en el que adoptaron en inserción social y escolar ($\chi^2=22,673$; g.l.=7; $p=0,002$), dificultades en el proceso ($\chi^2=18,687$; g.l.=7; $p=0,009$)

²³ Tipo de tramitación se refiere a si la adopción se ha tramitado de manera independiente o a través de ECAI. Para una mayor especificidad de las relaciones entre tramitación y proceso de adaptación familiar consultar Anexo III.

estrés derivado de la monoparentalidad ($\chi^2=17,150$; g.l.=7; $p=0,016$) y dificultades de inserción cultural ($\chi^2=20,456$; g.l.=7; $p=0,005$) como podemos ver en la Tabla 77.

Las familias que tiene mayor estrés derivado de las dificultades de inserción social y escolar son las que adoptaron en Rumanía ($\bar{X}=6,0$) que se diferencian significativamente de las que adoptaron en Colombia ($\bar{X}=2,92$; $U=192,5$; $p=0,003$), Perú ($\bar{X}=2,70$; $U=73$; $p=0,025$), India ($\bar{X}=2,69$; $U=87,5$; $p=0,008$) y China ($\bar{X}=1,38$; $U=0,32,5$; $p=0,002$). En segundo lugar encontramos a las familias que adoptaron en Ucrania ($\bar{X}=5,91$), que se diferencian significativamente de las que lo hicieron en Colombia ($U=70$; $p=0,014$), Perú ($U=24$; $p=0,027$) y China ($U=11$; $p=0,006$). En tercer lugar se encuentran las familias que adoptaron en Rusia ($=5,39$) que se diferencian significativamente de las que adoptaron en Colombia ($U=329,5$; $p=0,046$) o China ($U=65$; $p=0,015$) (Tabla 78).

Las familias que han vivido más estrés derivado de las dificultades en el proceso de adopción son las que se dirigieron a Rusia ($\bar{X}=5,25$) que se diferencian sig-

TABLA 77: DIFERENCIAS EN EL ESTRÉS FAMILIAR EN FUNCIÓN DEL PAÍS DE ORIGEN DEL MENOR.

	Rusia		Rumanía		Colombia		Bulgaria		India		Ucrania		Perú		China		Otros		χ^2	gl	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
IEATOT	33,81	20,90	31,78	17,43	23,24	12,11	26,24	15,09	24,50	13,79	27,18	12,80	22,89	7,17	21,00	5,18	26,00	17,61	8,474	7	0,293
TRANS	13,06	6,44	12,83	6,62	12,38	6,30	12,35	4,61	9,92	5,90	9,73	6,44	8,89	4,01	12,13	4,79	11,71	8,68	6,735	7	0,457
VINC	2,50	4,33	1,59	1,88	1,15	1,71	1,82	4,60	0,69	1,70	1,09	1,87	2,10	2,02	0,38	0,52	1,29	2,33	10,292	7	0,173
ESC	5,39	5,03	6,00	4,30	2,92	3,27	3,94	3,15	2,69	3,09	5,91	3,78	2,70	2,54	1,38	2,00	4,07	3,93	22,673	7	0,002**
PRC	5,25	4,74	4,10	4,13	1,69	2,36	2,24	2,28	3,62	3,45	3,82	3,68	3,10	3,38	1,63	2,45	2,29	1,94	18,687	7	0,009**
MONO	0,31	0,67	0,66	1,88	0,04	0,20	0,59	1,42	0,69	1,44	1,00	1,61	1,40	1,35	0,63	0,92	0,50	1,61	17,150	7	0,016*
HNOS	1,36	1,81	1,07	2,14	0,54	1,27	0,65	1,11	1,46	1,33	1,36	2,16	0,60	1,26	0,75	1,49	1,43	1,91	10,519	7	0,161
NESP	0,44	0,84	1,48	2,35	0,38	0,85	0,76	1,71	1,08	2,47	0,45	1,04	0,30	0,48	0,13	0,35	0,43	1,09	11,307	7	0,126
INFER	0,69	1,21	0,45	0,78	0,65	1,02	0,53	0,72	0,31	0,48	0,27	0,90	0,40	0,52	0,25	0,46	0,50	0,76	4,816	7	0,682
DSQ	0,78	1,55	0,57	0,88	0,46	0,81	0,59	0,80	0,46	0,78	0,55	0,82	0,10	0,32	0,50	0,76	0,64	0,63	3,533	7	0,832
TRB	3,97	1,78	3,79	1,54	3,38	1,63	3,29	0,92	3,54	1,85	3,45	2,11	2,90	1,45	3,63	1,77	3,43	2,21	5,950	7	0,546
FCA	0,22	0,72	0,24	0,64	0,00	0,00	0,29	0,59	0,00	0,00	0,00	0,00	0,30	0,67	0,00	0,00	0,07	0,27	12,398	7	0,088
CULT	2,06	1,94	2,66	2,14	0,73	1,19	2,24	2,05	1,31	1,60	2,55	2,07	1,80	1,69	1,75	1,83	1,71	1,59	20,456	7	0,005**
STG	0,92	0,87	1,17	1,39	0,54	0,86	1,12	1,73	1,77	1,59	1,45	1,75	1,50	1,27	1,88	1,89	1,29	1,38	13,787	7	0,055
OTR	4,86	3,15	3,79	1,99	3,65	1,92	3,53	2,00	2,85	1,52	3,82	1,83	3,50	1,84	2,75	1,04	3,64	3,20	9,277	7	0,233

IEATOT: total de estrés por transición a la parentalidad adoptiva; TRANS: transición a la parentalidad; VINC: dificultades de vinculación; ESC: dificultades de inserción social y escolar; PRC: dificultades en el proceso; MONO: estrés derivado de la monoparentalidad; HNOS: dificultades entre hermanos; NESP: cuidado de un menor con necesidades especiales; INFER: no aceptación de la infertilidad; DSQ: desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja; TRB: aumento de trabajo; FCA: minusvalía física; CULT: dificultades de inserción cultural; STG: adopción como estigma. El contraste utilizado ha sido H de Kruskal-Wallis. * $p<0,05$; ** $p<0,01$.

TABLA 78: DIFERENCIAS POR PARES EN LAS DIFICULTADES DE INTEGRACIÓN SOCIAL Y ESCOLAR EN FUNCIÓN DEL PAÍS DE ORIGEN.

	Rumanía	Colombia	Bulgaria	India	Ucrania	Perú	China
Rusia	U=437,5 0,366	U=329,5 0,046*	U=275,5 0,559	U=160,5 0,094	U=168 0,449	U=128,5 0,167	U=65 0,015*
Rumania		U=192,5 0,003**	U=169,5 0,107	U=87,5 0,008**	U=149 0,875	U=73 0,025*	U=32,5 0,002**
Colombia			U=163 0,146	U=165,5 0,916	U=70 0,014*	U=124 0,830	U=71,5 0,175
Bulgaria				U=74,5 0,127	U=62 0,136	U=63,5 0,274	U=30,5 0,027*
Ucrania						U=24 0,027*	U=11 0,006**
Perú							U=23,5 0,132

En la tabla se incluyen los contrastes de U de Mann-Witney sobre la diferencia en dificultades de integración social y escolar entre los distintos países de procedencia de los menores. En cada casilla se incluye el valor del estadístico (U) seguido por la probabilidad de que los parámetros sean iguales (p). * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

nificativamente de las que lo hicieron en Bulgaria ($\bar{X}=2,24$; $U=183$; $p=0,018$), Colombia ($\bar{X}=1,69$; $U=226,5$; $p=0,000$) o China ($\bar{X}=1,63$; $U=6,9$; $p=0,021$) que son las que menor estrés mostraron en este punto. El segundo lugar en estrés derivado del proceso lo ocupan los adoptantes de Rumanía ($\bar{X}=4,10$) que se diferencian significativamente de los que se dirigieron a Colombia ($U=221$; $p=0,007$). También encontramos diferencias significativas entre los que adoptaron en India ($\bar{X}=3,62$) y los que lo hicieron en Colombia ($U=96$; $p=0,026$) (Tabla 79).

Con relación al estrés derivado de la monoparentalidad, observamos que el grupo que adoptó en Perú ($\bar{X}=1,4$) es el que tiene puntuaciones más altas y se diferencia significativamente de los que adoptaron en Rusia ($\bar{X}=0,31$; $U=95,5$; $p=0,005$), Rumania ($\bar{X}=0,66$; $U=87$; $p=0,019$), y Colombia ($\bar{X}=0,04$; $U=52,5$; $p=0,000$). Este último grupo es el que vivió menor estrés derivado de la monoparentalidad y se diferencia, a su vez, de los que adoptaron en Ucrania ($\bar{X}=1,0$; $U=91,5$; $p=0,009$), India ($\bar{X}=0,69$; $U=118$; $p=0,020$) o China ($\bar{X}=0,63$; $U=65,5$; $p=0,011$) (Tabla 80).

También encontramos diferencias significativas en las dificultades de inserción cultural de los adoptantes en distintos países. Las familias que mostraron más dificultades fueron las que adoptaron en Rumania ($\bar{X}=2,66$) que se diferencian significativamente de las que adoptaron en India ($\bar{X}=1,80$; $U=114,5$; $p=0,040$) y Colombia ($\bar{X}=0,73$; $U=153$; $p=0,000$). Las familias que menores dificultades encontraron fueron las que adoptaron en Colombia, que también se diferencian significativa-

TABLA 79: DIFERENCIAS POR PARES EN LAS DIFICULTADES EN EL PROCESO EN FUNCIÓN DEL PAÍS DE ORIGEN.

	Rumanía	Colombia	Bulgaria	India	Ucrania	Perú	China
Rusia	U=457 0,388	U=226,5 0,000***	U=183 0,018*	U=188,5 0,300	U=169 0,463	U=132 0,198	U=69 0,021*
Rumania		U=221 0,007**	U=181,5 0,135	U=180 0,816	U=155 0,891	U=124 0,495	U=66 0,062
Colombia			U=178 0,271	U=96 0,026*	U=88 0,059	U=102 0,303	U=99,5 0,848
Bulgaria				U=81,5 0,214	U=68,5 0,233	U=79,5 0,779	U=52,5 0,354
India					U=30 0,352	U=55,5 0,551	U=28 0,077
Ucrania						U=49,5 0,692	U=26 0,125
Perú							U=30 0,352

En la tabla se incluyen los contrastes de U de Mann-Witney sobre la diferencia en dificultades en el proceso entre los distintos países de procedencia de los menores. En cada casilla se incluye el valor del estadístico (U) seguido por la probabilidad de que los parámetros sean iguales (p). *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

mente de los que lo hicieron en Ucrania ($\bar{X}=2,55$; $U=68,5$; $p=0,008$), Bulgaria ($\bar{X}=2,24$; $U=98$; $p=0,001$), Rusia ($\bar{X}=2,06$; $U=267,5$; $p=0,003$) y Perú ($\bar{X}=1,80$; $U=67$; $p=0,017$) (Tabla 81).

En los contraste por pares encontramos que las familias que adoptaron en la India encuentran significativamente menos problemas de vinculación ($\bar{X}=0,69$) que las que adoptaron en Rusia ($\bar{X}=2,5$; $U=150,5$; $p=0,041$); Rumanía ($\bar{X}=1,59$; $U=117,5$; $p=0,038$) y Perú ($\bar{X}=2,10$; $U=34,5$; $p=0,036$).

Las familias que adoptaron en Colombia fueron las que presentaron menos dificultades entre hermanos ($\bar{X}=0,54$) diferenciándose significativamente de las que lo hicieron en Rusia ($\bar{X}=1,36$; $U=322,5$; $p=0,019$) o India ($\bar{X}=1,46$; $U=98,5$; $p=0,014$).

Las familias que adoptaron en Rumania son las que presentan mayor estrés derivado de las necesidades especiales del menor, mostrando diferencias significativas con las familias que adoptaron en Rusia ($\bar{X}=0,44$; $U=370$; $p=0,022$), Colombia ($\bar{X}=0,38$; $U=254$; $p=0,017$) o China ($\bar{X}=0,13$; $U=65$; $p=0,037$).

En cuanto al estrés derivado del cuidado de un menor con minusvalía física, sólo aparece en familias que adoptaron en Rusia ($\bar{X}=0,22$), Rumanía ($\bar{X}=0,24$), Bulgaria ($\bar{X}=0,29$) y Perú ($\bar{X}=0,30$), encontrándose diferencias significativas entre todas ellas y Colombia ($\bar{X}=0$) (Tabla 82).

TABLA 80: DIFERENCIAS POR PARES EN EL ESTRÉS DERIVADO DE LA MONPARENTALIDAD EN FUNCIÓN DEL PAÍS DE ORIGEN.

	Rumanía	Colombia	Bulgaria	India	Ucrania	Perú	China
Rusia	U=520,5 0,977	U=378,5 0,074	U=303 0,933	U=206,5 0,393	U=158 0,175	U=95,5 0,005**	U=117 0,262
Rumania		U=312,5 0,112	U=245 0,959	U=166,5 0,404	U=130 0,221	U=87 0,019*	U=96,5 0,318
Colombia			U=182 0,125	U=118 0,020*	U=91,5 0,009**	U=52,5 0,000**	U=65,5 0,011*
Bulgaria				U=99 0,516	U=77,5 0,322	U=52,5 0,051	U=58 0,436
India					U=26,5 0,196	U=43 0,131	U=48,5 0,762
Ucrania						U=44,5 0,423	U=42 0,848
Perú							U=26,5 0,196

En la tabla se incluyen los contrastes de U de Mann-Witney sobre la diferencia en estrés derivado de la monoparentalidad entre los distintos países de procedencia de los menores. En cada casilla se incluye el valor del estadístico (U) seguido por la probabilidad de que los parámetros sean iguales (p). *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

Las familias que menor estrés derivado de la estigmatización encontraron fueron las adoptantes en Colombia ($\bar{X}=0,54$) que se diferencian significativamente de las familias que adoptaron en Rumanía ($\bar{X}=1,17$; $U=268,5$; $p=0,047$), India ($\bar{X}=1,77$; $U=81$, $p=0,004$), Perú ($\bar{X}=1,50$; $U=66,5$; $p=0,014$) y China ($\bar{X}=1,88$, $U=55$; $p=0,027$).

ADOPCIÓN MÚLTIPLE

Encontramos mayor estrés en las familias que adoptaron más de un menor ($\bar{X}=33,83$) que en las que sólo adoptaron uno ($\bar{X}=26,67$; $U=1408,5$; $p=0,043$). En esta misma dirección encontramos un estrés significativamente mayor en las adopciones múltiples que en las simples en las áreas de transición normativa a la parentalidad ($U=1400,5$; $p=0,016$) las dificultades entre hermanos ($U=1370,5$; $p=0,002$) y el aumento del trabajo en casa ($U=1459$; $p=0,022$) tal y como podemos observar en la Tabla 83.

ESTUDIOS DE LOS PROGENITORES

Encontramos relaciones pequeñas pero significativas entre el nivel de estudios de la madre y el estrés derivado de la transición normativa a la parentalidad

TABLA 81: DIFERENCIAS POR PARES EN DIFICULTADES DE INSERCIÓN CULTURAL EN FUNCIÓN DEL PAÍS DE ORIGEN.

	Rumanía	Colombia	Bulgaria	India	Ucrania	Perú	China
Rusia	U=435 0,244	U=267,5 0,003**	U=288 0,727	U=182 0,228	U=169,5 0,466	U=171,5 0,817	U=132 0,709
Rumania		U=153 0,000***	U=217 0,493	U=114,5 0,040*	U=158,5 0,975	U=116 0,341	U=87,5 0,286
Colombia			U=98 0,001**	U=120,5 0,118	U=68,5 0,008**	U=67 0,017*	U=69,5 0,126
Bulgaria				U=75 0,124	U=82 0,582	U=78 0,716	U=58,5 0,572
India					U=39,5 0,963	U=48 0,270	U=45 0,600
Ucrania						U=42 0,343	U=34,5 0,422
Perú							U=39,5 0,963

En la tabla se incluyen los contrastes de U de Mann-Witney sobre la diferencia en dificultades de inserción cultural entre los distintos países de procedencia de los menores. En cada casilla se incluye el valor del estadístico (U) seguido por la probabilidad de que los parámetros sean iguales (p). *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

TABLA 82: DIFERENCIAS EN EL ESTRÉS DERIVADO DEL CUIDADO DE UN MENOR CON MINUSVALÍA FÍSICA ENTRE LOS ADOPTANTES DE COLOMBIA Y DE OTROS PAÍSES.

	U	p
Rusia	403	0,049*
Rumania	312	0,028*
Colombia	169	0,01*
Perú	104	0,021*

En la tabla se incluyen los contrastes de U de Mann-Witney sobre la diferencia en estrés derivado del cuidado de un menor con necesidades especiales entre los países que muestran diferencias significativas con Colombia. En cada casilla se incluye el valor del estadístico (U) seguido por la probabilidad de que los parámetros sean iguales (p). *p<0,05.

(rho=-0,187;p=0,020), el derivado del cuidado de un menor con necesidades especiales (rho=-0,174; p=0,030) y el relacionado con la no aceptación de la infertilidad (rho=-0,196; p=0,014) de manera que a mayor nivel de estudios de la madre, menor es la vivencia de estas tres fuentes de estrés. No encontramos más relaciones entre los estudios de la madre y el estrés familiar (ver Tabla 113, anexo III).

TABLA 83: DIFERENCIAS EN EL ESTRÉS FAMILIAR EN FUNCIÓN DE LA ADOPCIÓN MÚLTIPLE.

	No		Sí		U	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x		
IEATOT	26,67	15,39	33,83	19,11	1.408,5	0,043*
TRANS	11,38	5,85	14,93	7,28	1.400,5	0,016
VINC	1,44	2,76	2,27	3,69	1.626	0,101
ESC	4,21	4,02	4,83	4,43	1.802,5	0,478
PRC	3,44	3,82	3,13	3,29	1.964,5	0,946
MONO	0,62	1,41	0,17	0,47	1.692	0,176
HNOS	0,90	1,65	1,60	1,85	1.370,5	0,002**
NESP	0,71	1,63	0,57	1,01	1.975,5	0,981
INFER	0,45	0,72	0,83	1,39	1.736,5	0,214
DSQ	0,60	1,05	0,43	0,73	1.862	0,598
TRB	3,43	1,56	4,37	1,92	1.459	0,022*
FCA	0,17	0,56	0,03	0,18	1.804	0,153
CULT	1,96	1,99	1,60	1,45	1.861,5	0,601
STG	1,18	1,43	0,97	0,93	1.951,5	0,897

IEATOT: total de estrés por transición a la parentalidad adoptiva; TRANS: transición a la parentalidad; VINC: dificultades de vinculación; ESC: dificultades de inserción social y escolar; PRC: dificultades en el proceso; MONO: estrés derivado de la monoparentalidad; HNOS: dificultades entre hermanos; NESP: cuidado de un menor con necesidades especiales; INFER: no aceptación de la infertilidad; DSQ: desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja; TRB: aumento de trabajo; FCA: minusvalía física; CULT: dificultades de inserción cultural; STG: adopción como estigma. El contraste utilizado ha sido U de Mann-Witney. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Si analizamos la relación de los estudios del padre con el estrés (en familias biparentales) vemos que correlacionan pequeña pero significativamente con el total de estrés percibido por la familia ($\rho = -0,210$; $p = 0,017$) y el aumento de trabajo en el hogar ($\rho = -0,186$; $p = 0,032$) así como con las fuentes de estrés categorizadas como otras ($\rho = -0,186$; $p = 0,032$) de modo que a mayor nivel de estudios en el padre, menor es el estrés de la familia en estas dimensiones. No encontramos otras relaciones entre el nivel de estudios del padre y el estrés familiar en familias biparentales.

INGRESOS FAMILIARES

Estudiando la relación entre la vivencia de estrés en la transición a la parentalidad adoptiva y los ingresos de la familia no encontramos relación entre el total de estrés y el nivel de ingresos pero sí correlaciones pequeñas pero significativas con algunas de las dimensiones del índice de estrés adoptivo. Así, a mayor nivel de ingresos de la familia encontramos mayor estrés por la transición normativa a la

parentalidad ($\rho=0,246$; $p=0,002$), mayor estrés generado por el aumento de trabajo en el hogar ($\rho=0,228$; $p=0,004$) y mayores dificultades entre hermanos ($\rho=0,180$; $p=0,023$) (Tabla 84). Por el contrario encontramos que cuanto menor es el nivel de ingresos se presenta más estrés por dificultades en el proceso ($\rho=-0,167$; $p=0,034$) y mayor estrés derivado de la transición a la monoparentalidad ($\rho=-0,192$; $p=0,016$) justificado este último por el menor nivel de ingresos de las familias monoparentales (ver pág. 206).

TABLA 84: CORRELACIONES ENTRE EL ESTRÉS FAMILIAR Y LOS INGRESOS FAMILIARES.

	Ingresos familiares
IEATOT: Total de estrés por transición a la parentalidad adoptiva	-0,008
TRANS: Transición a la parentalidad	0,246**
VINC: Dificultades de vinculación paterno-filial	-0,043
ESC: Dificultades de integración social y escolar	-0,117
PRC: Dificultades en el proceso	-0,167*
MONO: Estrés derivado monoparentalidad	-0,192*
HNOS: Dificultades entre hermanos	0,180*
NESP: Cuidado de un menor con necesidades especiales	-0,026
INFER: No aceptación de la infertilidad	0,026
DSQ: Desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja	0,109
TRB: Aumento de trabajo	0,228**
FCA: Minusvalía física	0,049
CULT: Inserción cultural	-0,127
STG: Adopción como estigma	-0,076

IEATOT: total de estrés por transición a la parentalidad adoptiva; TRANS: transición a la parentalidad; VINC: dificultades de vinculación; ESC: dificultades de inserción social y escolar; PRC: dificultades en el proceso; MONO: estrés derivado de la monoparentalidad; HNOS: dificultades entre hermanos; NESP: cuidado de un menor con necesidades especiales; INFER: no aceptación de la infertilidad; DSQ: desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja; TRB: aumento de trabajo; FCA: minusvalía física; CULT: dificultades de inserción cultural; STG: adopción como estigma. El coeficiente de correlación utilizado es rho de Spearman * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $<0,001$.

TIPO DE FAMILIA

Se encuentran diferencias significativas (H de Kruskal-Wallis) en función del tipo de familia en el estrés derivado de la transición normativa a la parentalidad ($\chi^2=7,606$, g.l.=2; $p=0,022$), a la monoparentalidad ($\chi^2=70,910$; g.l.=2; $p=0,000$), el estrés derivado de las dificultades entre hermanos ($\chi^2=43,879$; g.l.=2, $p=0,000$), la no aceptación de la infertilidad ($\chi^2=14,730$; g.l.=2; $p=0,001$), el desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja ($\chi^2=21,801$; g.l.=2; $p=0,000$) y en el estrés

derivado de la estigmatización ($\chi^2=13,945$; g.l.=2; $p=0,001$) en función del tipo de familia adoptante (Tabla 85).

Las familias que manifiestan más dificultades normativas de transición a la parentalidad son las biparentales sin hijos ($\bar{X}=13,13$), seguidas de las biparentales con hijos ($\bar{X}=10,90$) y de las monoparentales ($\bar{X}=9,75$) existiendo diferencias significativas entre el primer y el último grupo ($U=897$; $p=0,013$).

En tercer lugar, las familias que muestran mayor estrés derivado de las dificultades entre hermanos son las biparentales con hijos ($\bar{X}=2,49$), que se diferencian significativamente de las biparentales sin hijos ($\bar{X}=0,61$, $U=785,5$; $p=0,0001$) y de las monoparentales ($\bar{X}=0,40$; $U=218,0$; $p=0,0001$), no encontrándose diferencias significativas entre estos dos últimos grupos.

El estrés derivado de la no aceptación de la infertilidad se presenta con mayor fuerza en las familias biparentales sin hijos ($\bar{X}=0,68$) que se diferencian significativamente de las monoparentales ($\bar{X}=0,07$; $U=846$; $p=0,0001$). Estas, a su vez, se diferencian significativamente de las biparentales con hijos ($\bar{X}=0,46$; $U=456$; $p=0,009$).

TABLA 85: DIFERENCIAS EN EL ESTRÉS FAMILIAR EN FUNCIÓN DEL TIPO DE FAMILIA.

	Monoparental		Biparental sin hijos		Biparental con hijos		χ^2	gl	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
IEATOT	24,89	10,11	27,57	16,98	30,61	17,88	1,033	2	0,597
TRANS	9,75	4,29	13,13	6,51	10,90	6,38	7,606	2	0,022*
VINC	1,40	1,77	1,51	3,27	1,90	2,86	2,035	2	0,361
ESC	3,83	3,64	3,90	3,84	5,51	4,70	3,236	2	0,198
PRC	3,50	3,36	3,34	3,83	3,39	3,75	0,270	2	0,874
MONO	2,20	2,06	0,20	0,70	0,07	0,26	70,910	2	0,000***
HNOS	0,40	0,89	0,61	1,33	2,49	2,05	43,897	2	0,000***
NESP	0,40	0,77	0,55	1,19	1,17	2,32	2,487	2	0,288
INFER	0,07	0,25	0,68	1,01	0,46	0,78	14,730	2	0,001**
DSQ	0,00	0,00	0,65	1,15	0,78	0,82	21,811	2	0,000***
TRB	3,00	1,70	3,84	1,64	3,41	1,67	5,400	2	0,067
FCA	0,07	0,25	0,15	0,53	0,20	0,60	0,669	2	0,716
CULT	1,90	1,84	1,62	1,68	2,46	2,26	3,648	2	0,161
STG	1,53	1,48	0,78	1,01	1,66	1,67	13,945	2	0,001**

IEATOT: total de estrés por transición a la parentalidad adoptiva; TRANS: transición a la parentalidad; VINC: dificultades de vinculación; ESC: dificultades de inserción social y escolar; PRC: dificultades en el proceso; MONO: estrés derivado de la monoparentalidad; HNOS: dificultades entre hermanos; NESP: cuidado de un menor con necesidades especiales; INFER: no aceptación de la infertilidad; DSQ: desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja; TRB: aumento de trabajo; FCA: minusvalía física; CULT: dificultades de inserción cultural; STG: adopción como estigma. El contraste utilizado ha sido H de Kruskal-Wallis. * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

Las familias biparentales sin hijos son las que viven con menor intensidad la adopción como estigma ($\bar{X}=0,78$) mostrando diferencias significativas con las familias monoparentales ($\bar{X}=1,53$, $U=947$; $p=0,005$) y con las biparentales con hijos ($\bar{X}=1,66$; $U=1285,5$; $p=0,001$) no existiendo diferencias entre estos grupos entre sí.

Las familias monoparentales muestran diferencias con el resto en estrés derivado de la monoparentalidad y en desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja, como se deriva de la misma estructura del cuestionario.

Por último encontramos una diferencia significativa aislada (U de Mann-Witney) en el estrés derivado del aumento del trabajo en casa entre las familias monoparentales ($\bar{X}=3,0$) y las biparentales sin hijos ($\bar{X}=3,84$; $U=1030,5$; $p=0,028$).

EDAD DE LOS PROGENITORES

Encontramos una relación pequeña pero significativa entre la edad de los padres y el estrés derivado de la transición a la parentalidad adoptiva, de manera que a mayor edad media de los progenitores, menor estrés manifiesta la familia ($\rho=-0,190$; $p=0,019$) y de igual forma, a mayor edad del padre (en las familias biparentales) menor es el estrés familiar ($\rho=-0,210$; $p=0,017$) (Tabla 86). Asimismo, encontramos una relación pequeña e inversa entre la edad de la madre y la edad media de los padres y el estrés derivado de la transición normativa a la parentalidad ($\rho=-0,187$; $p=0,020$ y $\rho=-0,206$; $p=0,010$ respectivamente), el cuidado de un menor con necesidades especiales ($\rho=-0,174$; $p=0,030$ y $\rho=-0,161$; $p=0,044$ respectivamente) y el estrés derivado de la no aceptación de la infertilidad ($\rho=0,196$; $p=0,014$ y $\rho=-0,209$; $p=0,009$ respectivamente). La edad media de los progenitores y la edad del padre también correlacionan negativamente con el aumento del trabajo en el hogar ($\rho=-0,181$; $p=0,023$ y $\rho=-0,186$; $p=0,032$ respectivamente).

COMPOSICIÓN DE LA FRATRIA

El contraste de H de Kruskal-Wallis muestra diferencias significativas en el estrés experimentado por las familias en función de la composición de la fratria tanto en el total de estrés familiar ($\chi^2=8,010$; $g.l.=2$; $p=0,018$) como en las áreas de dificultades de vinculación ($\chi^2=15,268$; $g.l.=2$; $p=0,000$), problemas de adaptación social y escolar ($\chi^2=15,160$; $g.l.=2$; $p=0,001$), estrés derivado de la monoparentalidad ($\chi^2=6,083$; $g.l.=2$; $p=0,048$), dificultades entre hermanos ($\chi^2=49,552$, $g.l.=2$; $p=0,000$), dificultades de inserción cultural ($\chi^2=17,162$; $g.l.=2$; $p=0,000$) y adopción como estigma ($\chi^2=17,007$; $g.l.=2$; $p=0,000$) (Tabla 87).

En el contraste por pares se encuentran diferencias significativas aisladas en el estrés familiar entre los que tenían hijos biológicos ($\bar{X}=34,07$) y los que los tenían adoptados ($\bar{X}=18,20$; $U=99,5$; $p=0,011$).

TABLA 86: CORRELACIONES ENTRE EL ESTRÉS FAMILIAR Y LA EDAD DE LOS PADRES.

	Edad del padre	Edad de la madre	Edad media de los padres
IEATOT	-0,210*	-0,137	-0,190*
TRANS	-0,163	-0,187*	-0,206*
VINC	-0,065	-0,032	-0,075
ESC	-0,036	-0,008	-0,027
PRC	-0,106	-0,086	-0,102
MONO	-0,091	0,043	0,056
HNOS	-0,033	0,047	-0,027
NESP	-0,130	-0,174*	-0,161*
INFER	-0,149	-0,196*	-0,209**
DSQ	-0,087	-0,090	-0,144
TRB	-0,186*	-0,135	-0,181*
FCA	0,089	-0,033	0,006
CULT	0,020	-0,027	-0,017
STG	0,098	0,056	0,103

La edad del padre está calculada sólo para las familias biparentales. IEATOT: total de estrés por transición a la parentalidad adoptiva; TRANS: transición a la parentalidad; VINC: dificultades de vinculación; ESC: dificultades de inserción social y escolar; PRC: dificultades en el proceso; MONO: estrés derivado de la monoparentalidad; HNOS: dificultades entre hermanos; NESP: cuidado de un menor con necesidades especiales; INFER: no aceptación de la infertilidad; DSQ: desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja; TRB: aumento de trabajo; FCA: minusvalía física; CULT: dificultades de inserción cultural; STG: adopción como estigma. El índice de correlación utilizado ha sido Rho de Spearman. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Las familias que tenían hijos biológicos son las que presentaron mayor estrés derivado de las dificultades de vinculación ($\bar{X}=2,60$) diferenciándose tanto de las que no tenían hijos ($\bar{X}=1,51$; $U=1257$; $p=0,009$), como de las que ya habían adoptado con anterioridad ($\bar{X}=0,14$; $U=78$; $p=0,0001$). También encontramos diferencias significativas entre estos dos últimos grupos ($U=500$; $p=0,008$).

El mismo patrón siguen las dificultades de adaptación social y escolar, presentándose con más intensidad en las familias que ya tenían hijos biológicos previos ($\bar{X}=6,77$) que en las familias que no tenían hijos ($\bar{X}=3,97$; $U=1116,5$; $p=0,002$) y que en las que habían adoptado previamente ($\bar{X}=2,07$; $U=75$, $p=0,001$), encontrándose también diferencias significativas entre estos dos últimos grupos ($U=554,5$; $p=0,026$).

Las familias que presentan menor estrés derivado de la monoparentalidad son las que tenían hijos biológicos de manera previa a la adopción objeto de estudio ($\bar{X}=0,07$) que se diferencian significativamente tanto de las que no tenían hijos ($\bar{X}=0,64$; $U=1430$; $p=0,026$) como de las que habían adoptado previamente ($\bar{X}=0,71$; $U=147$, $p=0,013$).

TABLA 87: DIFERENCIAS EN EL ESTRÉS FAMILIAR EN FUNCIÓN DE LA COMPOSICIÓN DE LA FRATRÍA.

	Sin hijos		Con hijos biológicos		Con hijos adoptados		χ^2	gl	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
IEATOT	27,28	15,76	34,07	18,20	20,23	12,51	8,010	2	0,018*
TRANS	12,44	6,27	11,37	6,72	10,15	5,06	1,796	2	0,407
VINC	1,51	3,02	2,60	3,09	0,14	0,36	15,268	2	0,000**
ESC	3,97	3,82	6,77	4,65	2,07	2,62	15,160	2	0,001**
PRC	3,51	3,73	3,73	4,02	1,57	2,47	5,266	2	0,072
MONO	0,64	1,43	0,07	0,25	0,71	1,38	6,083	2	0,048*
HNOS	0,51	1,21	2,30	2,32	2,71	1,20	49,552	2	0,000**
NESP	0,53	1,12	1,17	2,23	0,93	2,40	1,899	2	0,387
INFER	0,54	0,94	0,57	0,86	0,21	0,43	1,687	2	0,430
DSQ	0,51	1,06	0,77	0,86	0,57	0,76	4,447	2	0,108
TRB	3,64	1,71	3,47	1,68	3,57	1,34	0,372	2	0,830
FCA	0,14	0,49	0,27	0,69	0,00	0,00	2,960	2	0,228
CULT	1,73	1,74	3,13	2,27	0,64	0,74	17,162	2	0,000**
STG	0,98	1,19	2,07	1,72	0,50	0,76	17,007	2	0,000**

IEATOT: total de estrés por transición a la parentalidad adoptiva; TRANS: transición a la parentalidad; VINC: dificultades de vinculación; ESC: dificultades de inserción social y escolar; PRC: dificultades en el proceso; MONO: estrés derivado de la monoparentalidad; HNOS: dificultades entre hermanos; NESP: cuidado de un menor con necesidades especiales; INFER: no aceptación de la infertilidad; DSQ: desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja; TRB: aumento de trabajo; FCA: minusvalía física; CULT: dificultades de inserción cultural; STG: adopción como estigma. El contraste utilizado ha sido H de Kruskal-Wallis. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Las familias que presentan menor estrés derivado de las dificultades entre hermanos son las que no tenían hijos de manera previa a la adopción ($\bar{X}=0,51$) que se diferencian tanto de las que tenían hijos biológicos ($\bar{X}=2,30$, $U=839,5$; $p=0,0001$) como de las que los habían adoptado ($\bar{X}=2,71$; $U=172,5$; $p=0,0001$).

Las familias que encuentran mayores dificultades de inserción cultural del menor son las que ya tenían hijos biológicos ($\bar{X}=3,13$) que se diferencian significativamente de las que no tenían hijos ($\bar{X}=1,73$; $U=1121$; $p=0,002$) y de las que ya habían adoptado ($\bar{X}=0,64$; $U=69,5$; $p=0,0001$). También encontramos diferencias entre estos dos últimos grupos ($U=519,5$ $p=0,020$).

Las familias que viven con mayor intensidad la adopción como un estigma social son las que tenían hijos biológicos previos en el momento de la adopción ($\bar{X}=2,07$) que se diferencian tanto de las que no tenían hijos ($\bar{X}=0,98$; $U=1048$ $p=0,0001$) como de las que ya habían adoptado ($\bar{X}=0,50$; $U=81$, $p=0,001$).

Otra diferencia encontrada en los contrastes por pares es el mayor estrés derivado del desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja en las familias que ya tenían hijos biológicos ($\bar{X}=0,77$) que en las que no tenían hijos con carácter previo a la adopción ($\bar{X}=0,51$; $U=1395$; $p=0,040$).

MOTIVACIÓN PARA LA ADOPCIÓN

Encontramos diferencias significativas entre las familias que adoptaron por diferentes motivos en la transición normativa a la parentalidad ($\bar{X}=6,946$; $g.l.=2$; $p=0,031$), las dificultades entre hermanos ($\bar{X}=7,595$; $g.l.=2$; $p=0,022$), el aumento del trabajo en el hogar ($\bar{X}=6,951$; $g.l.=2$; $p=0,031$) y la vivencia de la adopción como estigma ($\bar{X}=9,243$; $g.l.=2$; $p=0,010$) según el contraste de Kruskal Wallis (Tabla 88).

Las familias que muestran mayores dificultades normativas de transición a la parentalidad son que adoptan por motivos tradicionales ($\bar{X}=12,82$) que se diferencian significativamente de las adopciones monoparentales ($\bar{X}=9,83$; $U=892$; $p=0,029$)

TABLA 88: DIFERENCIAS EN EL ESTRÉS FAMILIAR EN FUNCIÓN DE LA MOTIVACIÓN PARA ADOPTAR.

	Tradicional		Monoparental		Preferencial		χ^2	gl	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
IEATOT	28,59	17,00	23,29	9,89	29,48	17,98	1,011	2	0,603
TRANS	12,82	6,22	9,83	4,78	11,29	7,15	6,946	2	0,031*
VINC	1,58	3,14	1,28	1,84	1,87	3,15	1,776	2	0,411
ESC	4,27	4,08	2,92	2,63	5,42	4,65	4,517	2	0,104
PRC	3,52	4,10	2,88	2,60	3,39	3,18	0,642	2	0,725
MONO	0,29	0,84	2,12	2,24	0,13	0,34	39,830	2	0,000**
HNOS	0,96	1,66	0,36	0,91	1,84	2,07	7,597	2	0,022*
NESP	0,65	1,54	0,44	0,77	0,90	1,85	0,749	2	0,688
INFER	0,67	1,01	0,12	0,33	0,35	0,66	10,817	2	0,004*
DSQ	0,70	1,10	0,00	0,00	0,48	0,77	16,178	2	0,000**
TRB	3,79	1,63	2,96	1,70	3,48	1,73	6,951	2	0,031*
FCA	0,18	0,58	0,04	0,20	0,13	0,43	1,607	2	0,448
CULT	1,77	1,80	1,88	1,59	2,23	2,36	1,670	2	0,434
STG	0,94	1,20	1,52	1,58	1,52	1,55	9,243	2	0,010*

IEATOT: total de estrés por transición a la parentalidad adoptiva; TRANS: transición a la parentalidad; VINC: dificultades de vinculación; ESC: dificultades de inserción social y escolar; PRC: dificultades en el proceso; MONO: estrés derivado de la monoparentalidad; HNOS: dificultades entre hermanos; NESP: cuidado de un menor con necesidades especiales; INFER: no aceptación de la infertilidad; DSQ: desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja; TRB: aumento de trabajo; FCA: minusvalía física; CULT: dificultades de inserción cultural; STG: adopción como estigma. El contraste utilizado ha sido H de Kruskal-Wallis. * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

no existiendo ninguna diferencia entre los que adoptan por motivos preferenciales ($\bar{X}=11,29$) y el resto de los grupos.

Las familias que muestran mayor estrés derivado de las dificultades entre hermanos son las que adoptaron por motivos preferenciales ($\bar{X}=1,84$) que se diferencian significativamente de las adopciones monoparentales ($\bar{X}=0,36$; $U=177,5$; $p=0,007$).

Las familias que tuvieron más estrés derivado del aumento de trabajo en el hogar fueron las que adoptaron por motivos tradicionales ($\bar{X}=3,79$) que se diferencian significativamente de las que lo hicieron como vía para ser madre soltera ($\bar{X}=2,96$; $U=958$; $p=0,032$).

Por último, las familias que adoptaron como vía para ser madre soltera así como las preferenciales vivieron con la misma intensidad la adopción como un estigma social ($\bar{X}=1,52$) aunque sólo las preferenciales mostraron diferencias significativas con las familias que adoptaron por motivos tradicionales ($\bar{X}=0,94$; $U=791$; $p=0,006$).

Por otro lado, la propia estructura de los datos hace que surjan diferencias en el estrés derivado de la monoparentalidad, siendo las familias que adoptan por monoparentalidad las que más lo sufren; estrés derivado de la infertilidad, siendo las familias que adoptan por motivos tradicionales (fundamentalmente infertilidad) las que más lo sufren y desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja, siendo las familias en las que no existe pareja (las monoparentales) las que menos lo sufren.

Encontramos también diferencias aisladas (U de Mann-Whitney) en las dificultades de inserción social y escolar del menor de manera que los adoptantes preferenciales ($\bar{X}=5,42$) manifiestan mayor estrés que los monoparentales ($\bar{X}=2,92$; $U=1876$; $p=0,037$).

FORMACIÓN PREADOPTIVA

No parece que la formación de los padres tenga ninguna relación significativa con el estrés (Tabla 114, anexo III). Tan sólo encontramos diferencias significativas aisladas (U de Mann-Witney) en el estrés derivado de las dificultades entre hermanos entre los que no recibieron ninguna formación ($\bar{X}=1,12$) y los que se formaron en el IMMF ($\bar{X}=0,55$; $U=317$ $p=0,028$).

IDONEIDAD

No existen diferencias en el estrés familiar entre los que fueron evaluados psicosocialmente por los técnicos del IMMF y los que lo fueron por el TIPAI (Tabla 115; anexo III) salvo en el estrés derivado del cuidado de un menor con necesidades especiales en el que observamos que los que fueron evaluados por el TIPAI ($\bar{X}=1,07$) manifiestan mayor estrés que los que lo fueron por los técnicos del IMMF ($\bar{X}=0,31$; $U=2416$; $p=0,018$).

OTRAS VARIABLES

No se encuentran diferencias significativas en el estrés familiar en función del sexo del menor objeto de estudio (ver Tabla 116, anexo III), el tipo de tramitación de la adopción (Tabla 117, anexo III) o el tiempo transcurrido desde el inicio de la tramitación hasta el inicio de la convivencia con el menor (Tabla 118, anexo III).

6.7.3. LAS EXPECTATIVAS DE ADAPTACIÓN

EDAD DE LOS PROGENITORES

Encontramos una relación positiva y significativa entre las expectativas de adaptación y la edad del padre en familias biparentales ($\rho=0,329$; $p=0,0001$), la edad de la madre ($\rho=0,302$; $p=0,0001$) y la edad media de los padres ($\rho=0,369$; $p=0,0001$). También encontramos correlaciones significativas, aunque más pequeñas que las anteriores, entre las expectativas de control y la edad del padre ($\rho=0,195$; $p=0,026$), de la madre ($\rho=0,177$; $p=0,028$) y la media de ambos ($\rho=0,231$; $p=0,004$) de manera que a mayor edad, mayores son también las expectativas de control. Los coeficientes de correlación más altos los encontramos entre la confirmación de expectativas y la edad del padre ($\rho=0,339$; $p=0,000$), la edad de la madre ($\rho=0,317$; $p=0,000$) y la edad media de ambos ($\rho=0,381$; $p=0,000$) de manera que a mayor edad, mayor es también la confirmación de las expectativas previas (Tabla 89).

TABLA 89: CORRELACIONES ENTRE LAS EXPECTATIVAS DE ADAPTACIÓN Y LA EDAD DE LOS PADRES.

	Edad del padre	Edad de la madre	Edad media de los padres
PSATOT	0,329***	0,302***	0,369***
CTROL	0,195*	0,177*	0,231**
CONFIR	0,339***	0,317***	0,381***

PSATOT=total escala de expectativas de adaptación; CTROL=expectativas de control; CONFIR=confirmación de expectativas. El estadístico de correlación es Rho de Spearman. Edad del padre calculada sólo para las familias biparentales. * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$.

COMPOSICIÓN DE LA FRATRIA

No encontramos diferencias significativas intergrupos en las expectativas de adaptación ($\chi^2=4,952$; g.l.=2 $p=0,084$), ni en las expectativas de control ($\chi^2=5,781$; g.l.=2; $p=0,056$) ni en la confirmación de expectativas previas ($F=1,742$; $p=0,161$).

Los contrastes por pares revelan que las familias que ya tenían hijos biológicos de manera previa a la adopción muestran una percepción más negativa de la situación adoptiva ($\bar{X}=37,00$) que las que ya habían adoptado ($\bar{X}=41,85$; $U=4,154$; $p=0,042$).

Del mismo modo, las familias que ya tenían hijos biológicos son las que tenían menores expectativas de control ($\bar{X}=25,43$) diferenciándose significativamente de las que no tenían hijos ($\bar{X}=26,85$; $U=1234,5$; $p=0,041$) o de las que ya habían adoptado ($\bar{X}=27,85$; $U=4524$; $p=0,033$).

Por último, encontramos diferencias de medias significativas²⁴ en la confirmación de expectativas previas entre las familias que ya tenían hijos biológicos ($\bar{X}=21,30$) y las que no tenían hijos previos ($\bar{X}=23,54$; $T=2,2362$; $p=0,044$) o las que ya habían adoptado ($\bar{X}=24,57$; $T=3,2671$; $p=0,047$).

OTRAS VARIABLES

No existen diferencias en la percepción global de la situación adoptiva, ni en las expectativas de control ni en la confirmación de expectativas previas en función de ninguna otra variable de las estudiadas (ver Tabla 119; anexo III).

6.7.4. LAS ESTRATEGIAS FAMILIARES DE AFRONTAMIENTO

INFORMADOR

Encontramos diferencias significativas en el total de recursos de afrontamiento puestos en marcha por las familias en función de quién contesta al cuestionario ($F=7,187$; $g.l.=2$; $p=0,027$) así como en búsqueda de apoyo social ($F=8,685$; $p=0,000$) y la movilización familiar para encontrar apoyo ($F=3,162$; $p=0,045$) tal y como podemos observar en la Tabla 90.

Los cuestionarios contestados por la madre alcanzan puntuaciones más altas en recursos de afrontamiento ($\bar{X}=80,12$) que los contestados por el padre ($\bar{X}=73,61$; $U=14,60$; $p=0,007$).

Por otro lado los cuestionarios contestados por la madre tienen puntuaciones más altas en búsqueda de apoyo social ($\bar{X}=23,28$) y movilización familiar ($\bar{X}=10,50$) que los contestados por el padre ($\bar{X}=19,22$; $T=-4,06$; $p=0,0001$ y $\bar{X}=9,19$; $T=1,31$; $p=0,016$ respectivamente).

Por último, encontramos una diferencia aislada (U de Mann-Witney) en la búsqueda de apoyo espiritual entre los cuestionarios contestados por las madres ($\bar{X}=8,48$) y los contestados por los padres ($\bar{X}=6,90$; $U=2005$; $p=0,047$).

²⁴ Diferencia menos significativa (DMS): contraste post-hoc en ANOVA de un factor que utiliza pruebas de T de Student para llevar a cabo las comparaciones por pares entre las medias de los grupos sin corregir la tasa de error.

TABLA 90: DIFERENCIAS EN LAS ESTRATEGIAS FAMILIARES DE AFRONTAMIENTO EN FUNCIÓN DEL INFORMADOR.

	Padre		Madre		Ambos		F/ χ^2	gl	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
SOC	19,22	5,37	23,28	6,15	18,20	7,19	8,685		0,000***
REST	30,83	5,11	30,98	4,54	31,17	5,34	0,023		0,978
FAR	9,19	2,67	10,50	3,25	9,33	2,42	3,162		0,045*
ESP	6,90	3,13	8,48	4,33	10,17	5,74	4,579	2	0,101
PAS	7,40	2,52	7,33	2,22	6,33	1,63	0,969	2	0,616
FCOPES	73,61	11,05	80,12	12,77	78,00	15,86	7,187	2	0,027*

SOC=búsqueda de apoyo social; REST=reestructuración positiva; ESP=búsqueda de apoyo espiritual; FAM=mobilización familiar para conseguir apoyo y PAS=valoración pasiva. En la tabla se muestran los contrastes de diferencias en las estrategias de afrontamiento en función del informador (ANOVA de un factor para SOC, REST y FAR y H de Kruskal Wallis para ESP, PAS y FCOPES). * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

EDAD DEL MENOR

Sólo encontramos una relación pequeña pero significativa entre el uso de la reestructuración positiva como estrategia de afrontamiento y la edad del menor en el momento de la adopción de manera que a mayor edad, mayor uso de esta estrategia ($r_{xy}=0,205$; $p=0,013$). Del mismo modo, la edad actual del menor se relaciona positiva y significativamente con la reestructuración positiva siendo el coeficiente de correlación algo menor que el anterior ($r_{xy}=0,167$; $p=0,039$).

TABLA 91: CORRELACIONES ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LA FAMILIA Y LA EDAD DEL MENOR.

	Edad de la adopción	Edad actual
SOC	0,002	-0,036
REST	0,205*	0,167*
ESP	0,125	0,087
FAR	-0,049	-0,088
PAS	0,077	0,069
FCOPES	0,065	0,033

SOC=búsqueda de apoyo social; REST=reestructuración positiva; ESP=búsqueda de apoyo espiritual; FAM=mobilización familiar para conseguir apoyo y PAS=valoración pasiva. El índice de correlación es r_{xy} de Pearson para SOC, REST y ESP y rho de Spearman para FAR, PAS y FCOPES. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

PAIS DE ORIGEN

No encontramos diferencias significativas en los recursos de afrontamiento puestos en marcha por las familias en función del país en el que adoptaron (ver Tabla 120, anexo III).

Los contrastes por pares (U de Mann-Witney) revelan diferencias significativas en las búsqueda de apoyo espiritual entre las familias que adoptaron en Colombia ($\bar{X}=10,36$) y las que lo hicieron en Rusia ($\bar{X}=7,60$, $U=283$; $p=0,020$), Rumania ($\bar{X}=6,54$; $U=174,5$; $p=0,002$), Bulgaria ($\bar{X}=7,47$; $U=133$; $p=0,040$) e India ($\bar{X}=7,31$; $U=73$; $p=0,006$).

ESTUDIOS DE LOS PROGENITORES

Encontramos una relación pequeña pero significativa entre el nivel de estudios del padre y la búsqueda de apoyo espiritual de manera que cuanto más avanzados son los estudios alcanzados menor es el uso que se hace de esta estrategia de afrontamiento ($\rho=-0,175$; $p=0,048$). No encontramos más relaciones entre las estrategias familiares de afrontamiento y el nivel de estudios de los padres (ver Tabla 121, anexo III).

TIPO DE FAMILIA

Sólo encontramos diferencias significativas entre los distintos tipos de familia en la búsqueda de apoyo social ($F=4,529$; $p=0,012$; ver Tabla 122, anexo III). Las familias monoparentales son las que manifiestan usar más este recurso ($\bar{X}=24,83$) frente a las biparentales sin hijos ($\bar{X}=21,36$; $T=3,470$; $p=0,008$) o las biparentales con hijos ($\bar{X}=20,80$; $T=4,028$; $p=0,006$) no existiendo diferencias significativas entre las biparentales que tenían hijos y las que no ($T=0,559$; $p=0,626$).

MOTIVACIÓN PARA LA ADOPCIÓN

Sólo encontramos diferencias en la búsqueda de apoyo social en función de la motivación que impulsó a la familia a adoptar ($F=3,399$; $P=0,036$; ver Tabla 123, anexo III) de modo que aquellos que adoptaron como vía para ser madre soltera utilizaron más este recurso ($\bar{X}=24,76$) que los que adoptaron por motivos tradicionales ($\bar{X}=21,20$; $T=1,367$; $p=0,010$).

OTRAS VARIABLES

No encontramos diferencias significativas en los recursos de afrontamiento utilizados por las familias en función del sexo del menor objeto de estudio (ver Tabla

124, anexo III), el número de menores adoptados en el proceso (ver Tabla 122, anexo III), los hermanos previos en la familia (ver Tabla 126, anexo III), la formación de los padres (ver Tabla 127, anexo III), la entidad que realizó el estudio psicossocial (ver Tabla 128, anexo III) o el tipo de tramitación por el que llevaron a cabo la adopción (ver Tabla 129, anexo III).

Tampoco se encuentra relación entre las estrategias de afrontamiento que pone en marcha la familia y la edad de los padres (ver Tabla 130, anexo III), el nivel de ingresos (ver Tabla 131, anexo III) o el tiempo que tardó la familia en tramitar su adopción (ver Tabla 132, anexo III).

6.7.5. LOS ERRORES EDUCATIVOS

INFORMADOR

No encontramos diferencias intergrupos en los errores educativos en función de quién contesta al cuestionario ni en laxitud (ver Tabla 133, anexo III). Los contrastes por pares (Diferencia menos significativa) revelan que los padres informan de puntuaciones más altas en laxitud ($\bar{X}=18,00$) que las madres ($\bar{X}=16,39$; $T=1,614$; $p=0,044$).

PAÍS DE ORIGEN

No encontramos diferencias significativas intergrupos en los errores educativos entre las familias que adoptaron en distintos países (ver Tabla 134; anexo III).

Los contrastes por pares revelan diferencias significativas en laxitud entre las familias que adoptaron en Ucrania ($\bar{X}=14,10$), que son las que se mostraron menos laxas, y las que lo hicieron en Rusia ($\bar{X}=17,94$; $T=3,835$; $p=0,021$) o en Rumania ($\bar{X}=17,69$; $T=3,590$; $p=0,033$) que son las que más laxas se mostraron.

Del mismo modo las familias que adoptaron en China son las que se mostraron menos sobrereactivas ($\bar{X}=18,50$) diferenciándose significativamente de las que adoptaron en Rumania ($\bar{X}=23,25$; $T=4,750$; $p=0,010$) que son las que mostraron puntuaciones más altas en este punto.

TIPO DE FAMILIA

No encontramos diferencias intergrupos entre los distintos tipos de familia en los errores que cometen en la educación de sus hijos (ver Tabla 135; anexo III). Los contrastes por pares revelan que las familias biparentales que no tenían hijos monitorizan menos a los menores ($\bar{X}=16,67$) que las que ya tenían hijos previamente ($\bar{X}=17,64$; $T=0,571$; $p=0,015$).

EDAD DE LOS PROGENITORES

Encontramos una pequeña relación entre la edad de los padres y la sobrereactividad en la educación que dan al menor, de manera que a mayor edad media de los padres, menor es la tendencia a ser sobrereactivo ($r_{xy}=-0,196$; $p=0,015$). Del mismo modo, a mayor edad de la madre menor sobrereactividad ($r_{xy}=-0,186$; $p=0,022$). Por el contrario, la edad del padre, analizada en las familias biparentales, no muestra una relación significativa con la sobrereactividad ($r_{xy}=-0,141$; $p=0,112$).

COMPOSICIÓN DE LA FRATRIA

Encontramos diferencias significativas en la laxitud de la familia en función de la presencia de hijos de manera previa a la adopción objeto de estudio ($F=3,365$; $p=0,037$; ver Tabla 136; anexo III). Las familias que tenían hijos adoptados previamente son las que se muestran más laxas ($\bar{X}=19,76$), diferenciándose significativamente de las que no tenían hijos ($\bar{X}=16,58$; $T=3,202$; $p=0,013$) y de las que tenían hijos biológicos previos ($\bar{X}=16,31$; $T=3,475$; $p=0,019$).

También encontramos diferencias significativas en la monitorización de los menores ($F=3,672$; $p=0,028$). Las familias que no tenían hijos de manera previa a la adopción monitorizan a sus hijos significativamente más ($\bar{X}=5,58$) que las que ya tenían hijos biológicos ($\bar{X}=4,90$; $T=0,681$; $p=0,008$).

OTRAS VARIABLES

No se encuentran diferencias significativas en los errores educativos cometidos por la familia en función del inforamador, el sexo del menor, su edad o el número de menores adoptados así como tampoco se encuentra relación entre estos y los ingresos familiares, los estudios de los padres, la motivación de estos, la formación preadoptiva, la entidad que realizó la idoneidad, el tipo de tramitación o el tiempo que tardó la misma (ver Tabla 137, anexo III).

6.7.6. LA CONDUCTA ACTUAL DEL MENOR

EDAD DEL MENOR

La edad actual del menor se relaciona con los problemas de ansiedad ($\rho=0,204$; $p=0,009$), los problemas sociales ($\rho=0,181$; $p=0,021$) y el síndrome internalizante ($\rho=0,195$; $p=0,012$) de manera que cuanto mayor es la edad actual del menor, con mayor intensidad aparecen este tipo de conductas (Tabla 92). Por su parte, la edad de adopción del menor se relaciona con las quejas somáticas que presenta el menor ($\rho=0,168$; $p=0,036$) y, al igual que la edad actual, con los problemas de ansiedad ($\rho=0,0176$; $p=0,028$) y el síndrome internalizante ($\rho=0,181$;

TABLA 92: CORRELACIONES ENTRE LOS PROBLEMAS ACTUALES DE CONDUCTA EN EL MENOR Y SU EDAD.

	Edad actual	Edad de adopción
AIS problemas de aislamiento post	0,124	0,112
SOM quejas somáticas post	0,103	0,168*
ANS problemas de ansiedad post	0,204**	0,176*
SOCI problemas sociales post	0,181*	0,122
PENS problemas de pensamiento post	0,118	0,100
ATT problemas de atención post	0,042	-0,056
DEL conducta delincuente post	0,021	0,006
AGR conducta agresiva post	-0,061	-0,110
SEX problemas sexuales post	-0,009	-0,058
OTRS otros problemas post	-0,069	-0,096
INT sdrome internalizante post	0,195*	0,181*
EXT sdrome externalizante post	-0,045	-0,087
TOT total problemas post	0,042	-0,013

El coeficiente de correlación utilizado es rho de Spearman * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

$p=0,024$) siendo en los dos casos el coeficiente de correlación más alto para la edad actual que para la edad de adopción.

PAIS DE ORIGEN

En la Tabla 93 se muestra cómo las familias que han adoptado en distintos países se diferencian en los problemas sociales ($\chi^2=14,496$; g.l.=7; $p=0,030$) y en los problemas de atención ($\chi^2=23,998$; g.l.=7; $p=0,001$) que se dan en la actualidad.

Las familias que adoptaron en Rumania son las que manifiestan mayores problemas sociales en sus hijos ($\bar{X}=3,45$) diferenciándose significativamente de las que lo hicieron en China ($\bar{X}=0,88$; $U=33$; $p=0,002$) y Colombia ($\bar{X}=1,85$; $U=201,5$; $p=0,003$). También las familias que adoptaron en Bulgaria ($\bar{X}=3,06$) relatan más problemas sociales que las que lo hicieron en China ($U=22$; $p=0,006$) y Colombia ($U=137,5$; $p=0,034$) y las que adoptaron en Rusia ($\bar{X}=2,81$) más que las que lo hicieron en China ($U=75$; $p=0,033$).

Las familias que adoptaron en Rumania son, de nuevo, las que puntuaron a sus hijos más alto en problemas de atención ($\bar{X}=7,75$) diferenciándose significativamente de las que adoptaron en India ($\bar{X}=4,54$; $U=97,5$; $p=0,017$), Colombia ($\bar{X}=4,46$; $U=117$; $p=0,001$), Perú ($\bar{X}=3,80$; $U=50$; $p=0,003$) y China ($\bar{X}=2,00$; $U=22,5$; $p=0,001$). Las familias que adoptaron en China también relataron significativamente menos problemas de atención en sus hijos que las que lo hicieron en Ucrania ($\bar{X}=6,82$; $U=8$; $p=0,003$), Rusia ($\bar{X}=6,56$; $U=60,5$; $p=0,011$) y Bulgaria ($\bar{X}=6,53$; $U=18,5$; $p=0,004$).

TABLA 93: DIFERENCIAS EN LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA ACTUAL DEL MENOR EN FUNCIÓN DE SU PAÍS DE ORIGEN.

	Rusia	Rumania	Colombia	Bulgaria	India	Ucrania	Perú	China	Otros	χ^2	gl	p
AIS	2,17	1,14	1,85	1,82	2,31	1,09	2,20	1,25	2,67	8,716	7	0,274
SOM	0,64	0,24	0,31	0,29	0,38	0,00	0,40	0,13	0,67	5,826	7	0,560
ANS	3,92	3,10	2,73	2,82	2,85	3,45	3,90	1,38	4,40	6,504	7	0,482
SOCI	2,81	3,45	1,85	3,06	2,69	2,64	2,50	0,88	2,60	15,496	7	0,030*
PENS	1,00	0,90	0,38	0,71	0,77	0,82	0,40	0,13	0,67	8,978	7	0,254
ATT	6,56	7,75	4,46	6,53	4,54	6,82	3,80	2,00	5,00	23,998	7	0,001**
DEL	2,94	2,66	1,92	2,65	1,85	2,45	2,10	1,38	2,60	7,926	7	0,339
AGR	10,78	10,28	8,19	11,71	8,23	11,09	7,00	5,38	8,80	11,082	7	0,135
SEX	0,42	0,93	0,42	0,71	0,08	0,27	0,40	0,13	0,47	8,139	7	0,320
OTRS	6,03	6,24	4,92	6,71	5,15	5,91	4,50	4,25	5,27	6,151	7	0,522
INT	6,72	4,45	4,81	4,88	5,38	4,55	6,40	2,75	7,67	6,097	7	0,528
EXT	13,72	12,93	10,12	14,35	10,08	13,55	9,10	6,75	11,40	10,991	7	0,139
TOT	34,81	33,00	25,15	34,12	27,15	32,27	25,50	16,50	30,60	12,422	7	0,087

AIS=problemas de aislamiento; SOM=quejas somáticas; ANS=problemas de ansiedad; SOCI=problemas sociales; PENS=problemas de pensamiento; ATT=problemas de atención; DEL=conductas delinquentes; AGR=conductas agresivas; SEX=problemas sexuales; OTR=otros problemas; INT=síndrome internalizante; EXT=síndrome externalizante; TOT=total problemas de conducta. El contraste sobre la diferencia de las muestras (H de Kruskal-Wallis) está hecho sin contar con los países codificados como otros. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

ADOPCIÓN MÚLTIPLE

Las familias que adoptaron más de un menor mostraron significativamente más problemas de aislamiento ($\bar{X}=2,94$), de pensamiento ($\bar{X}=1,13$) y más problemas internalizantes ($\bar{X}=7,42$) en sus menores que las que sólo habían adoptado a uno ($\bar{X}=1,60$; $U=1213$; $p=0,000$; $\bar{X}=0,62$; $U=1684$; $p=0,039$; y $\bar{X}=5,04$; $U=1553$; $p=0,032$ respectivamente) como podemos observar en la Tabla 94.

ESTUDIOS DE LOS PROGENITORES

No encontramos ninguna relación significativa entre el nivel de estudios de la madre y los problemas de conducta actuales del menor. Por el contrario, el nivel de estudios del padre (analizado en las familias biparentales) muestra una relación pequeña pero significativa con los problemas de atención ($\rho=-0,192$; $p=0,027$), la conducta agresiva ($\rho=-0,171$; $p=0,049$) y el total de conductas problema ($\rho=-0,173$; $p=0,048$) de manera que a mayor edad del padre, menor es la incidencia de estos problemas en la actualidad de la familia (Tabla 95).

TABLA 94: DIFERENCIAS EN LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA ACTUAL DEL MENOR EN FUNCIÓN DE LA ADOPCIÓN MÚLTIPLE.

	No		Sí		U	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x		
AIS problemas de aislamiento post	1,60	1,79	2,94	2,35	1232	0,000***
SOM quejas somáticas post	0,34	0,90	0,58	1,03	1774,5	0,092
ANS problemas de ansiedad post	3,14	2,74	4,00	3,44	1820,5	0,306
SOCI problemas sociales post	2,60	2,28	2,90	2,18	1853	0,375
PENS problemas de pensamiento post	0,62	1,28	1,13	1,54	1648	0,039*
ATT problemas de atención post	5,68	4,27	6,23	4,50	1902	0,541
DEL conducta delincuente post	2,27	2,06	3,16	3,13	1802,5	0,269
AGR conducta agresiva post	9,31	6,61	10,77	8,75	1948,5	0,635
SEX problemas sexuales post	0,47	1,05	0,58	1,15	1972	0,626
OTRS otros problemas post	5,59	4,02	6,00	5,17	2050	0,961
INT sdrome internalizante post	5,04	4,29	7,42	5,62	1553,5	0,032*
EXT sdrome externalizante post	11,58	8,05	13,94	11,48	1899,5	0,496
TOT total problemas post	29,33	18,53	35,29	25,79	1826	0,352

El contraste utilizado ha sido U de Mann-Whitney. *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,0001.

TABLA 95: CORRELACIONES ENTRE LOS PROBLEMAS ACTUALES DE CONDUCTA EN EL MENOR Y LOS ESTUDIOS DE LOS PADRES.

	Estudios del padre	Estudios de la madre
AIS problemas de aislamiento post	-0,094	-0,070
SOM quejas somáticas post	-0,056	-0,075
ANS problemas de ansiedad post	-0,118	-0,104
SOCI problemas sociales post	-0,079	-0,083
PENS problemas de pensamiento post	-0,064	-0,054
ATT problemas de atención post	-0,192*	-0,134
DEL conducta delincuente post	-0,071	-0,079
AGR conducta agresiva post	-0,171*	-0,078
SEX problemas sexuales post	0,039	0,088
OTRS otros problemas post	-0,144	-0,059
INT sdrome internalizante post	-0,093	-0,082
EXT sdrome externalizante post	-0,156	-0,085
TOT total problemas post	-0,173*	-0,112

Las correlaciones con el nivel de estudios del padre están calculadas sólo para las familias biparentales. El coeficiente de correlación utilizado es rho de Spearman * p<0,05; ** p<0,01; ***<0,001.

TIPO DE FAMILIA

Encontramos que los distintos tipos de familia se diferencian entre sí en los problemas de ansiedad que relatan de sus hijos ($\chi^2=6,973$; g.l.=2; $p=0,031$) (ver Tabla 138, anexo III). Las familias biparentales con hijos son las que manifiestan más estos problemas ($\bar{X}=3,98$) diferenciándose significativamente de las biparentales sin hijos ($\bar{X}=3,03$; $U=1403,5$; $p=0,014$) y de las monoparentales ($\bar{X}=3,03$; $U=436,5$; $p=0,036$, ver Tabla 139, anexo III).

EDAD DE LOS PROGENITORES

Encontramos relaciones significativas entre la edad media de los padres y la conducta agresiva ($\rho=-0,217$; $p=0,006$), el síndrome externalizante ($\rho=-0,201$; $p=0,011$) y el total de problemas de conducta del menor tal y como es informado por los padres ($\rho=-0,176$; $p=0,027$) de manera que a mayor edad de los padres, menor es la incidencia de estas conductas en el momento actual (Tabla 96). Por su parte, la edad de la madre no muestra correlaciones significativas con ninguna dimensión del CBCL pero la edad del padre en las familias biparentales, correlaciona significativamente con los problemas de aislamiento ($\rho=-0,217$; $p=0,012$), los problemas de pensamiento ($\rho=-0,187$; $p=0,031$), la conducta agresiva ($\rho=-0,195$;

TABLA 96: CORRELACIONES ENTRE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA DEL MENOR Y LA EDAD DE LOS PADRES.

	Edad del padre	Edad de la madre	Edad media de ambos
AIS problemas de aislamiento post	-0,217*	-0,018	-0,109
SOM quejas somáticas post	-0,115	0,051	-0,005
ANS problemas de ansiedad post	-0,153	-0,040	-0,119
SOCI problemas sociales post	-0,012	0,038	0,003
PENS problemas de pensamiento post	-0,187*	-0,100	-0,149
ATT problemas de atención post	-0,150	-0,108	-0,150
DEL conducta delincuente post	-0,078	-0,072	-0,094
AGR conducta agresiva post	-0,195*	-0,151	-0,217**
SEX problemas sexuales post	-0,150	-0,138	-0,145
OTRS otros problemas post	-0,145	-0,107	-0,133
INT sdrome internalizante post	-0,225**	-0,042	-0,141
EXT sdrome externalizante post	-0,183*	-0,144	-0,201*
TOT total problemas post	-0,195*	-0,114	-0,176*

Filtradas las familias monoparentales para la edad del padre. El coeficiente de correlación utilizado es rho de Spearman * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $<0,001$.

$p=0,025$), el síndrome internalizante ($\rho=-0,225$; $p=0,009$), el síndrome externalizante ($\rho=-0,183$; $p=0,035$) y el total de problemas de conducta ($\rho=-0,195$; $p=0,025$) en la misma dirección que lo hace la edad media de los padres.

COMPOSICIÓN DE LA FRATRIA

No encontramos diferencias significativas intergrupos en la conducta actual de los menores en función de la presencia previa de hijos la familia y si estos eran biológicos o adoptados (ver Tabla 140, anexo III).

Los contrastes por pares (U de Mann-Witney) revelan que las familias que no tenían hijos de manera previa a la adopción manifiestan más problemas somáticos ($\bar{X}=0,43$) que las que ya habían adoptado con anterioridad ($\bar{X}=0,0$, $U=637$; $p=0,047$).

Por otra parte, las familias que tenían hijos biológicos de manera previa a la adopción manifestaron que el menor objeto de estudio tenía más problemas sociales ($\bar{X}=3,53$), más problemas de atención ($\bar{X}=7,17$) y más problemas en su conjunto ($\bar{X}=35,66$) que las que habían adoptado con anterioridad ($\bar{X}=1,86$; $U=131,5$; $p=0,046$; $\bar{X}=4,21$; $U=126$; $p=0,045$; $\bar{X}=22,14$; $U=122,5$; $p=0,037$ respectivamente).

MOTIVACIÓN PARA LA ADOPCIÓN

No encontramos diferencias significativas intergrupos en la conducta actual del menor en función de los motivos que llevaron a sus padres a adoptarlos (ver Tabla 141, anexo III). En la comparación por pares (U de Mann-Witney) detectamos que las familias que adoptaron por monoparentalidad manifiestan menores problemas de ansiedad en sus hijos ($\bar{X}=2,48$) que las que adoptaron por motivos tradicionales ($\bar{X}=3,46$; $U=977,5$; $p=0,039$).

TIEMPO DE TRAMITACIÓN

No encontramos diferencias significativas entre la conducta actual del menor tal y como es informada por sus padres y el tiempo que estos tardaron en tramitar su adopción (ver Tabla 142, anexo III) salvo en los problemas de ansiedad, de manera que a mayor tiempo de tramitación de la adopción encontramos más problemas actuales de ansiedad en el menor ($\rho=0,155$; $p=0,048$) aunque la relación es muy pequeña.

OTRAS VARIABLES

No encontramos diferencias significativas en la conducta actual de los menores tal y como es relatada por los padres en función del informador (ver Tabla 143, anexo III), el sexo del menor (ver Tabla 144, anexo III) la formación preadoptiva

de los padres (ver Tabla 146, anexo III), la entidad que realizó el informe psicosocial (ver Tabla 147, anexo III) o el tipo de tramitación (ver Tabla 148, anexo III).

6.7.7. LA ADAPTACIÓN FAMILIAR

COMPOSICIÓN DE LA FRATRIA

Encontramos diferencias significativas en la percepción subjetiva de la adaptación en función de la presencia previa de hermanos en la familia ($\chi^2=6,389$; g.l.=2; $p=0,041$) pero sólo entre las familias que tenían hijos biológicos de manera previa a la adopción, que tienen una percepción más negativa de la adaptación ($\bar{X}=44,14$) que las que ya habían adoptado ($\bar{X}=47,77$; $U=5,127$; $p=0,024$).

OTRAS VARIABLES

No se encuentran diferencias significativas en la percepción subjetiva de la adaptación en función del informador ($\chi^2=1,815$; g.l.=2; $p=0,404$), el sexo del menor ($U=2882,5$; $p=0,627$), su edad de adopción ($\rho=0,099$; $p=0,227$) su edad actual ($\rho=-0,071$; $p=0,337$) o su país de origen ($\chi^2=7,948$; g.l.=7; $p=0,337$).

Tampoco encontramos diferencias en la percepción de la adaptación en función del tipo de familia ($\chi^2=1,501$; g.l.=2; $p=0,472$), el número de menores adoptados ($U=1578$; $p=0,058$), la edad del padre ($\rho=0,062$; $p=0,408$) de la madre ($\rho=0,101$, $p=0,222$) o la edad media de los padres ($\rho=0,136$; $p=0,097$).

No encontramos una relación significativa entre la percepción subjetiva de la adaptación y el nivel de estudios del padre ($\rho=-0,051$; $p=0,567$) o de la madre ($\rho=0,027$; $p=0,743$) o el nivel de ingresos de la familia ($\rho=0,041$; $p=0,618$).

Por último, ni los motivos que impulsaron a la familia a adoptar ($\chi^2=3,709$; g.l.=2; $p=0,157$), ni la formación recibida por la familia ($\chi^2=0,239$; g.l.=2; $p=0,887$), ni la entidad que realizó el informe psicosocial ($U=2640,5$; $p=0,784$), ni el tipo de tramitación ($U=1750$; $p=0,916$) ni el tiempo que tardó en tramitarse la adopción ($\rho=0,064$; $p=0,426$) mostraron relaciones significativas con la percepción subjetiva de adaptación de la familia.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

La adopción internacional es una realidad emergente en nuestro país. Si bien esta puede ser un recurso enormemente beneficioso para los niños sin familia que viven en países con situaciones socioeconómicas que dificultan su adecuada protección, no está exenta de riesgos y dificultades. La investigación precedente apunta a que los niños adoptados tienen más problemas de adaptación psicosocial que los criados por sus familias biológicas en entornos similares a los de las familias adoptivas o que la población infantil en general, especialmente cuanto mayores son en el momento de ser adoptados, como ha quedado patente en el Capítulo 2. Sin embargo, el grado de adaptación del menor parece depender, no sólo de su condición de adoptado o su entorno de desarrollo previo a la adopción, sino también de la capacidad del entorno adoptivo de compensar los riesgos que provienen de la historia del menor y regular el desarrollo del niño hacia una mejor adaptación (McGuinness y Pallanch, 2000). Son las dinámicas que determinan esta capacidad las que han centrado la construcción de nuestro modelo.

7.1. DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA DE LOS MENORES AL LLEGAR Y DEL CAMBIO EN LA MISMA

Los problemas que tuvieron los menores con mayor frecuencia en los primeros seis meses de convivencia con su familia adoptiva fueron las dificultades para prestar atención que se dieron en más de un 80% de los menores; la demanda de atención y la inmadurez para la edad que se dieron en más de un 70% de los meno-

res y el comportamiento impulsivo, intranquilo, demasiado activo o el carácter nervioso, sensible, tenso o dependiente, que se dio en más de un 60% de los menores y el trabajo escolar deficiente, que se dio en más de la mitad de los menores, conductas relacionadas con los problemas de atención y la hiperactividad según el CBCL. También fueron muy frecuentes conductas tales como las rabietas o el mal genio, ser desobedientes en casa, decir mentiras o hacer trampas, celos, trabajo escolar deficiente o facilidad para enfadarse o incomodarse, llamar la atención y hacer el payaso o no exteriorizar los sentimientos de culpa, conductas todas ellas relacionadas con el síndrome agresivo y que se dieron en entre el 50% y el 60% de los adoptados. Estos datos concuerdan con los aportados por Amorós (1987) en muestra de adopción nacional y de los aportados por Fernández (2002) en muestra, también nacional, de adopciones especiales. Amorós (1987) también destaca los capítulos de enuresis que en nuestra muestra se da durante la noche en un 45,5% de los menores y durante el día en un 13,3% de ellos

Sin embargo, en ambos estudios se consideran frecuentes las dificultades en el sueño que en nuestra muestra no se presentan con excesiva frecuencia (tan sólo un 18,2% de los niños duerme mal aunque son algo más frecuentes las pesadillas que se dan en el 42,4% de los niños durante los primeros seis meses de convivencia con su familia). Por su parte, Fernández (2002) destaca los problemas con la sexualidad que en nuestra muestra fueron manifestados por menos de un 3% de los menores y las conductas de inhibición social (mientras que en la muestra de adopción internacional se muestran retraídos e insociables menos de un 10% de los menores aunque en el análisis por factores los problemas sociales parecen más relevantes).

Por otro lado, en nuestra muestra también fueron frecuentes los problemas con la pronunciación o el habla (55,7%) que en población infantil normativa se considera un componente de los problemas sociales, pero que en adopción internacional se encuentran relacionados con el aprendizaje de una nueva lengua que tienen que hacer la mayoría de los menores.

La media del total de problemas de nuestra muestra en el CBCL es de 40,67, puntuación que queda muy cerca tanto del corte clínico propuesto por Achenbach (42) como de los propuestos en las adaptaciones del CBCL en muestra española (por ejemplo, 43,29 para varones y 46,32 para mujeres de 4 a 5 años de edad, Moreno y del Barrio 1997).

En cuanto a la gravedad de los problemas de conducta al inicio de la convivencia, un 38,7% de nuestros menores se encontraba dentro del rango clínico en el total de conductas problema frente al 10% esperable en población general, siendo un mayor número de menores el que presentaba problemas clínicos dentro del síndrome internalizante (23,1%) que en el externalizante (20,5%). Estos datos van en contra de la mayoría de los estudios sobre el riesgo psicológico asociado, siendo pocos los estudios que encuentran una mayor tendencia de lo adoptados a mos-

trar problemas internalizantes (Kim y cols., 1999; Stams y cols., 2000) mientras que los que explican el riesgo asociado a la adopción por el aumento de la problemática externalizante son más numerosos (Wierzbicki, 1993). Para valorar esta divergencia hay que tener en cuenta que la mayoría de estos estudios se refieren a la conducta del menor tras el periodo de adaptación inicial.

Si atendemos a los síndromes de banda estrecha, un 29% de los menores tuvieron rangos clínicos y un 21,3% rangos límites en los problemas de atención lo que quiere decir que menos de la mitad de la muestra estaba dentro de rangos normales de problemas de atención. Si bien la hiperactividad y los problemas de atención puede ser una reacción de ansiedad asociada al enorme cambio situacional que tiene que afrontar los menores también es una conducta esperable en los menores que provienen de institucionalizaciones prolongadas como hemos visto con anterioridad (Beckett y cols., 2003). También se encontraron altas tasas de problemas clínicos dentro de los problemas sociales (20% clínicos, 20% límites) a pesar de que el retraimiento social no se contara entre las conductas más frecuentes. Por otro lado, un 10% de los menores tuvieron problemas de ansiedad/depresión dentro del rango clínico (5,8% límite) y un 9,7% problemas de pensamiento dentro del rango clínico (7,9% límite). Por otro lado, los síndromes en los que una mayor proporción de menores estuvo en niveles normalizados fueron los problemas somáticos (96,2%) seguidos por los problemas de aislamiento (89,7% normales), la conducta agresiva (85,9 normales) y la conducta delincuente (84% normales).

En general, un 53,5% de los menores no presentaron ningún rango clínico ni en los síndromes de banda ancha ni en los de banda estrecha, un 20,0% presentó puntuaciones clínicas en algún síndrome, un 9,7% en dos síndromes, un 7,1% en tres y un 9,7% tuvieron 4 o más síndromes con puntuaciones clínicas.

RELACIÓN DE LA CONDUCTA INICIAL CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DEL MENOR

Los menores estudiados eran niños en un 53,7% y niñas en un 46,3%, tasas inversas a las encontradas en general en adopción internacional en la que suelen adoptarse más niñas que niños (Berástegui, 2003b). Los niños tuvieron, al inicio de la convivencia, más problemas de atención, más conductas agresivas, mayores puntuaciones en el síndrome externalizante y en el total de problemas de conducta que las niñas, datos que concuerdan con la mayoría de los estudios al respecto (Andresen, 1992; Berry y Barth, 1989; Miller y cols., 2000; Verlhust y cols., 1990).

La media de edad en el momento de la adopción fue de 5,6 años y la media en el momento del estudio de 8,4 años por lo que, por lo general, encontramos pocos menores adoptados en la adolescencia (sólo un 3,2% fue adoptado entre 12 y 15 años de edad). No existen diferencias significativas en la edad de los menores en función del sexo.

En nuestra muestra no se confirman las hipótesis habituales que vinculan la edad de la adopción con el aumento en la problemática de los menores (Berry y Barth, 1990; Verhulst y cols., 1990) y especialmente de la hiperactividad (Berry y Barth, 1990) o la problemática externalizante (Berry y Barth, 1989; Simmel y cols., 2001). Por el contrario, en nuestra muestra son los problemas internalizantes (aislamiento, quejas somáticas y ansiedad) así como los problemas de pensamiento los que se relacionan con el aumento en la edad del menor, datos más cercanos a los de Verhulst y cols. (1990) que indican que la edad aumenta el riesgo de manifestar problemas de aislamiento en los chicos y de ansiedad en las chicas, aunque también atribuyen un aumento de conducta delincuente en los chicos y de pensamiento y agresividad en las chicas que no se da en nuestra muestra.

Para Sharma y cols. (1996b) el grupo con menos problemas eran los adoptados con menos de dos años, los más problemáticos los adoptados con más de diez años y el resto de los grupos tenía niveles intermedios no diferenciándose entre sí. Sin embargo, en nuestra muestra, es en estas edades intermedias en las que encontramos mayores problemas de conducta y mayores diferencias. Por lo general el grupo de 6 a 9 años fue el que mostró mayores puntuaciones frente al grupo de 3 a 6 años, salvo en problemas de aislamiento en el que fueron los adoptados en la adolescencia (12 a 15 años) los que mostraron mayores dificultades. Por el contrario, los adoptados en la adolescencia mostraron menores tasas de conducta agresiva que los adoptados entre los 6 y los 9 años. En contra de la creencia común acerca de la conducta de los adoptados en la adolescencia, vemos que en nuestra muestra funcionan bien y los adolescentes sólo se aíslan más que el resto de los niños lo que puede deberse más a la etapa evolutiva que a la problemática adoptiva en sí.

No estudiamos las características étnicas de los menores por no haber sido una variable excesivamente relevante en los estudios previos y porque los estudios que han encontrado diferencias no coinciden en los tipos étnicos que alcanzan mejores o peores resultados lo que puede deberse, en parte, a las dinámicas especiales que entraña la adopción de niños de determinados países en los que la etnia mayoritaria es diferente a la del país de acogida (Miller y cols., 2000). Por ello nos centraremos en la variable país de origen aunque teniendo en cuenta en el análisis de los resultados la posible interferencia de las características étnicas en el efecto del país de origen sobre las distintas variables.

Los menores procedían de 18 países diferentes aunque tan sólo 8 países habían tramitado con más de un 4% de las familias: Rusia, Rumania, Colombia, Bulgaria, India, Ucrania, Perú y China. Un 59,9% de los menores procedían de países del este, un 25,9% de América Latina, un 13,0% de países asiáticos (China e India) y tan sólo un 1,2% de África. También existen diferencias significativas en la edad de la adopción de los menores en función de su país de origen, los niños de mayor edad se adoptaron en Perú, y Rusia y los de menor edad en China y Rumania encontrándose diferencias entre los primeros y los segundos. Encontramos que en

la mayoría de los países de Europa del Este la proporción de varones es mayor que la de mujeres mientras que en Colombia, Bulgaria, India y China esta proporción se invierte.

Por lo general, el patrón de resultados indica que los niños de los países del Este de Europa (Ucrania, Rusia, Rumania y Bulgaria) tienen mayores problemas de hiperactividad, de conducta externalizante y de problemas de conducta en general que los adoptados en la India y muy especialmente que las niñas chinas que son las que muestran los mejores niveles de adaptación en todas estas dimensiones. También fueron los niños del Este, a excepción de los ucranianos, los que mostraron mayores problemas sociales frente a las niñas chinas y los colombianos.

En nuestra muestra, el sexo del menor está relacionado con el aumento de la mayor parte de estas problemáticas y una mayor proporción de varones que de mujeres en los países de Europa del Este podría justificar en parte el aumento de problemas en estos menores. Por otro lado, las mayores dificultades de los niños procedentes de países del Este en estas conductas no pueden ser explicados por la edad de la adopción tal y como proponen Berástegui (2003b) o Hoksbergen y cols. (1997b) ya que la edad no está relacionada en nuestra muestra con el aumento en este tipo de problemáticas.

Verhulst y cols. (1992) propone que el tipo de cuidado que viven los menores en sus países de origen en términos de abuso, negligencia o inestabilidad en el cuidado previo puede justificar las diferencias conductuales entre los niños procedentes de distintos países sin necesidad de recurrir a la edad que dejaría de ser un predictor significativo de los problemas de conducta y esta interpretación también ha sido apoyada por Hoksbergen y cols. (1997b). En este sentido, diversos estudios muestran la falta de estimulación, la precariedad del cuidado al que son sometidos los menores, las altas tasas interno-cuidador y las prácticas no sólo coercitivas sino crueles de aplicar la disciplina en los orfanatos rusos (Glennen, 1999; Human Rights Watch, 1998) o rumanos (Groze e Ileana, 1996). El aumento en la tasas de problemas de hiperactividad estaría relacionada con la falta de estimulación y contacto humano mientras que las reacciones externalizantes parecen estar más relacionadas con los trastornos del vínculo y el aprendizaje de conductas de supervivencia en medios muy hostiles. En el extremo opuesto vemos como, el reportaje "*Las habitaciones de la Muerte*" (Woods, 1995) sobre la situación inhumana que vivían las niñas en los orfanatos chinos provocó una reacción de repulsa a nivel mundial que promovió una mejora de las instituciones de protección chinas. Estas mejoras se reflejan en los niveles de adaptación y bienestar de estas niñas. También hay que contar con las enormes tasas de alcoholismo en los países de Europa del Este (Johnson y Dole, 1999), pueden estar explicando parte de estos resultados.

Por último el alto porcentaje de familias que se siente engañada y defraudada con algunas agencias que trabajan fundamentalmente en los países del antiguo bloque soviético, por la motivación de lucro o la falta de transparencia en sus actua-

ciones (Albers y cols., 1997; Berástegui, 2003b) puede estar promoviendo una mayor sensibilidad de los padres frente a las dificultades y problemas del niño.

Sin embargo, con respecto a los problemas internalizantes, fueron los adoptados en Rumania los que mostraron mejores niveles (especialmente en aislamiento y ansiedad) en comparación con los adoptados en Perú, Ucrania o Rusia. Este tipo de problemas serían más fácilmente justificables por el aumento de la edad de la adopción de los segundos frente a los primeros.

Por último, un 18,7% de las adopciones fueron de dos o más hermanos. La edad de los menores que habían sido adoptados junto a algún hermano es 1,4 años mayor que lo de los que fueron adoptados solos. De igual manera, los niños que fueron adoptados junto a otros hermanos mostraron mayores problemas de aislamiento, mayores problemas de pensamiento y más problemas internalizantes (quizás relacionados con que también tenían mayor edad en el momento de la adopción).

LA CONDUCTA ACTUAL Y EL CAMBIO EN LA CONDUCTA

Los problemas de conducta del menor tras un mínimo de un año de convivencia en la familia fueron, principalmente los problemas de hiperactividad y de conducta agresiva, en los que el grupo tiene una media más alta. Estos datos concuerdan con la investigación precedente que tiende a afirmar que los adoptados tienen mayores problemas de conducta externalizante e hiperactiva que los no adoptados (Andresen, 1992; Bimmel y cols., 2003; Dalen y Saetersdal, 1992; Dalen y Rygvold, 1999; Deutch y cols., 1982; Fergusson y cols., 1995; Rosenthal y Groze, 1991; Sharma y cols., 1996a; Verhulst y cols., 1990; Wierzbicki, 1993).

La mayoría de los menores (73,5%) presentaron rangos normalizados de conducta, datos muy similares a los de Dalen (2003) que concluye que aproximadamente un 75% de los adoptados internacionales están bien adaptados y no muestran mayores signos problemáticos, datos que, además, son muy similares a los de la población normativa de los países escandinavos donde realiza su investigación.

A pesar de que sigue habiendo un importante porcentaje de menores dentro del rango clínico (21% clínico y 5,6% límite), estos datos son más bajos que los del estudio de Stams y cols. (2000) en el que el 30% de los menores adoptados internacionales tenían problemas clínicos de conducta. La tasa de menores que alcanzaba un rango clínico de problemas en al menos una dimensión del CBCL también es más bajo en nuestra muestra, en la que el 22,3% de los menores cumplía este criterio, si lo comparamos con los estudios americanos en los que entre un 35 y un 40% cumplía este criterio (Brodzinsky y cols., 1984; Rosenthal y Groze, 1991).

Generalmente, los estudios con adoptados mayores muestran resultados aún menos favorecedores. Por ejemplo, Logan y cols. (1998) sitúan la media de problemas de los adoptados mayores de dos años por encima del rango clínico del CBCL mientras que en nuestra muestra la media de los problemas en el momen-

to del estudio (30,27) estaba más cerca de la media de las puntuaciones normativas (28,65 para chicos y 28,40 en muestra española; Moreno y del Barrio, 1997) que de las clínicas. También en el estudio de Barth y Berry (1991) con niños mayores de tres años, la media estuvo cerca del rango clínico en todas dimensiones del CBCL a excepción de las quejas somáticas y el 76% alcanzaba el rango clínico al menos en una dimensión del CBCL.

A partir de estos datos podemos afirmar que el funcionamiento de los menores en nuestra muestra es mejor que el mostrado en la mayor parte de la investigación precedente.

Estudiando la conducta por síndromes se puede observar que sólo permanecían dentro del rango clínico del síndrome internalizante un 6,7% de los menores (y un 11,0% límite) y un 16,6% en el síndrome externalizante (y un 6,1% límite). Es destacable como la importancia de los síndromes en la determinación del carácter clínico de la conducta se invierte desde el principio de la convivencia (con un 23,1% de los menores con rangos clínicos en el síndrome internalizante y un 20,5% en el externalizante) hasta el momento del estudio. Quizás este efecto se deba a una mayor capacidad de la familia para modificar la conducta internalizante de los menores frente a la externalizante que, por definición, es más disruptiva. La explicación también puede venir dada por que las conductas internalizantes tengan un carácter más situacional, es decir, el menor viva episodios de ansiedad/depresión o aislamiento debido al enorme cambio ambiental y estimular que supone una adopción internacional, y desaparezcan espontáneamente con el paso del tiempo lo que invertiría los términos en cuanto a presencia y gravedad de los trastornos internalizantes frente a los externalizantes.

Atendiendo a los síndromes de banda estrecha, un 75,3% de los menores se encontraba dentro del rango normal de problemas de atención en el momento del estudio frente al 49,7% que tenía una conducta normalizada al inicio de la convivencia. Aún así, los problemas de atención siguen siendo los que aportan un mayor porcentaje de casos clínicos a nuestra muestra (12,3% clínicos y 12,3% límites).

En los problemas sociales, un 78,9% se encuentra en el rango normal frente al 60 % del inicio de la convivencia adoptiva. Tan sólo queda un 5,3% de los menores con problemas clínicos en este aspecto pero hay un gran contingente de menores con problemas límites (15,8%).

En cuanto a la conducta delincuente, al igual que con los problemas sociales, son más los menores con conductas límites (10,4%) que con problemas clínicos de conducta delincuente propiamente dichos (3,1%). De nuevo nos encontramos con un mayor contingente dentro de los rangos normales (86,5% frente al 84% que estaba así categorizado al inicio de la convivencia) pero el cambio parece menos importante.

Un patrón similar ocurre con la conducta agresiva. A pesar del aumento en la proporción de menores con rangos normales de conducta agresiva entre el inicio de la convivencia y el momento actual (87,1% frente al 85,9%), en este caso el por-

centaje de menores categorizados como clínicos aumenta discretamente (8% frente a 7,7%) y disminuye el de categorizados como límites (4,9% frente a 6,4% al inicio de la convivencia).

Dos de los cambios más importantes experimentados por nuestra muestra en este aspecto se refieren al síndrome ansioso deprimido en el que tras el periodo inicial de convivencia ningún menor tiene problemas clínicos y en los problemas de pensamiento que de un 9,7% de menores categorizados con puntuaciones clínicas, tan sólo persiste en este rango un 3% de los menores. También se observa un cambio importante en los problemas de aislamiento en el que pasamos del 89,7% al 95,1% categorizados dentro del rango normal. Por último los problemas somáticos descienden en el grupo clínico pero ya eran infrecuentes al inicio de la convivencia con lo que el cambio es menos llamativo (0,7% actual frente a 1,9% inicial).

Encontramos diferencias significativas entre la media de problemas al llegar y los problemas actuales de los menores en todos los síndromes interiorizados y mixtos de la conducta. Sin embargo, el cambio no es significativo en los síndromes externalizantes (conducta delincuente y agresiva) y en los problemas sexuales. Parece haber una tendencia más clara a la mejoría en las conductas internalizantes (un 50,91% de los menores mejoraron sus puntuaciones en el síndrome internalizante frente al 18,18% que empeoraron) que en las externalizantes en las que, a pesar de que un importante número de menores mejoran sus patrones conductuales (44,85%), otro contingente idéntico de niños va a peor desde los primeros meses hasta la actualidad (44,85%). En este sentido, ya Amorós (1987) describe la aparición de conductas de oposicionismo, negativismo y rebeldía tras el primer año de convivencia con la familia adoptiva, a pesar de que estas conductas no se hubieran manifestado en los primeros momentos.

Generalmente podemos decir que la evolución conductual de nuestra muestra es enormemente positiva a pesar de que el cambio es menos evidente para las conductas externalizantes que, por otro lado, no son las más frecuentes en nuestra muestra. Frente al 45% de los menores que mejoraron sus trastornos de conducta y emocionales en la muestra de Amorós (1987) durante el primer año de convivencia, en la nuestra un 74,9% de los niños mejoran sus niveles de adaptación. La pregunta central de la investigación empírica realizada es ¿pueden las variables familiares explicar este cambio? ¿qué dinámicas familiares pueden promover que “una trayectoria evolutiva amenazada” se convierta en “una trayectoria evolutiva normalizada” (Palacios y Sánchez 1996; pg. 68).

7.2. EL MODELO DE ADAPTACIÓN FAMILIAR A LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL

Como queda detallado en el Capítulo 4, el modelo de adaptación familiar a la adopción internacional se construyó a partir de los desarrollos de McCubbin y cols.

(1983) sobre el modelo doble ABCX de adaptación familiar, aunque incluyendo también las aportaciones de la Teoría del estrés parental de Abidin en sus distintas revisiones (1982; 1986, 1990, 1992). Además de ampararse en las estructuras teóricas de estos modelos consagrados en la investigación con familias, se construyeron los factores considerando las dinámicas familiares que se habían destacado como más relevantes en la investigación sobre adopción.

El modelo supone que la adaptación psicosocial del menor, tan estudiada en la investigación previa sobre adopción, no depende tan sólo de los patrones conductuales que el menor trae a la familia (condicionados por su herencia, sus condiciones prenatales y su historia previa de abandono, institucionalización o negligencia) sino también de cómo la familia afronta la transición a la parentalidad con los retos inherentes a la inclusión en la familia de un niño con estas características.

El proceso de adaptación familiar a la adopción viene determinado en el modelo por tres factores críticos: el estrés que experimenta la familia (con la diversidad de experiencias que pueden resultar estresantes en la transición a la parentalidad adoptiva de un niño extranjero que ya ha superado la primera infancia); la evaluación que hace la familia de estos estresores, (inicialmente en términos de expectativas de control y confirmación de expectativas a los que luego se añade la capacidad de la familia para reestructurar cognitivamente la situación) y los recursos que la familia pone en marcha para controlar, minimizar o evitar dichos estresores (recursos de afrontamiento y conducta educativa). Algunas de estas variables inciden directamente sobre la conducta de los menores y otras lo hacen de manera indirecta a través de otras variables.

7.2.1. VARIABLES MEDIADORAS

EL ESTRÉS FAMILIAR

Parece que el Índice de Estrés Adoptivo (IEA) elaborado para la ocasión responde de manera bastante fiel a la estructura teórica planteada y a las dimensiones que pretendía medir. En resumen, el análisis de las cualidades psicométricas de la escala es satisfactorio; la estructura factorial final explica un 66,33% de la varianza del cuestionario y tiene una fiabilidad según el alpha de Cronbach de 0,9112 lo que permite llevar estos datos al análisis con cierta confianza.

Hay que destacar la emergencia de dos factores no predichos: el aumento del trabajo en el hogar y la minusvalía física. El primero apunta a que el aumento de trabajo en el hogar no es una experiencia normativa cierta para todas las familias adoptivas y se podría considerar un factor independiente de la transición a la parentalidad. Esta diferenciación se justifica, en parte, por las diferentes edades de adopción de manera que el aumento de trabajo doméstico asociado a la adopción de un adolescente es mínimo, mientras que el aumento de trabajo asociado a la adopción

de un menor que aún no controla esfínteres o no come por sí mismo será mucho mayor. El segundo factor responde de manera específica al estrés relacionado con la adopción de un menor con minusvalía física que se separa del resto de necesidades especiales, en parte por el mayor cansancio físico asociado aunque habrá que seguir revisando el comportamiento de este factor en posteriores aplicaciones del cuestionario.

También es destacable la falta de relevancia empírica del factor teórico que pretendía medir el estrés derivado del manejo de la relación con la familia biológica. A pesar de ser una fuente de estrés muy importante en la teoría, no parece afectar a los sujetos evaluados, al menos en esta etapa de la vida familiar y queda enormemente diluida en nuestra muestra. En un 67,7% de las familias, el hijo no había hablado nunca de su familia biológica. Teniendo en cuenta que aproximadamente un 60% de los niños de adopción internacional han convivido en algún momento con su familia (Palacios, 2003) y que en nuestra muestra los niños ya son suficientemente mayores como para recordar y expresar sus recuerdos es llamativo el bajo porcentaje de menores que ha compartido estos recuerdos con su familia adoptiva. También vemos como en nuestra muestra desaparece el miedo a la familia biológica tan presente en adopción nacional (Fuentes y cols., 2000), sólo un 6,1% de la muestra piensa que esta podría aparecer en la vida de la familia y sólo a un 0,6% le ha supuesto una dificultad moderada en el proceso de adaptación. Berástegui (2003b) destaca, por el contrario, cómo las constantes referencias y/o la aparición de la familia biológica son referidas con mucha angustia en los expedientes de adopciones internacionales truncadas o en riesgo aunque este dato no presente relación con la ruptura de la adopción. La falta de presencia de este factor podría hacernos pensar que una de las motivaciones de las familias al dirigirse a la adopción internacional tiene que ver con el deseo de que la familia biológica no interfiera en la nueva familia (Lebner, 2000).

Por factores vemos cómo las fuentes que provocan un mayor estrés en nuestra muestra son, por orden:

1. *El aumento de trabajo en casa* ($\bar{X}_p=1,19$). Las familias estudiadas viven, de media, el aumento de trabajo en casa con una dificultad presente y más cercana a lo leve que a lo moderado²⁵. Podemos observar cómo este factor que hemos diferenciado del estrés por transición normativa a la parentalidad cobra gran relevancia en el análisis de la muestra. La mayoría de las familias estudiadas sienten que ha aumentado el volumen de trabajo, que duermen menos y que han tenido que crear nuevas rutinas en la vida familiar a raíz de la llegada del hijo.

²⁵ Se presenta la media ponderada de las dimensiones en un rango de 0 a 3.

2. *La transición a la parentalidad normativa* ($\bar{X}_p=1$). De nuevo, la mayoría de las familias viven cierto estrés relacionado con esta dimensión aunque lo consideran, de media, una dificultad leve. Con la llegada del hijo las familias viven una cierta restricción de rol, ocupan gran parte del tiempo disponible en el cuidado de su hijo y en el trabajo adicional que supone su llegada al hogar y dejan de hacer las cosas que hacían antes. Especialmente, la pareja se resiente como consecuencia de este cambio familiar. En este sentido, los patrones familiares son muy similares al de las familias biológicas aunque la especificidad de la medida nos impide compararlo con las muestras normativas de otras medidas como el PSI.
3. *Las dificultades de integración social y escolar* ($\bar{X}_p=0,72$). Son muy frecuentes las fuentes de estrés relacionadas con la integración del menor en el colegio, como las reuniones con el profesor por causa de las dificultades del niño (74,4%) o los problemas en el colegio (50,9%). Si bien todas las familias tienen que asumir este tipo de dificultades, en las familias normativas no se asume hasta que la transición inicial a la parentalidad ya está culminada, mientras que en las familias que adoptan niños en periodo de escolarización obligatoria estos problemas complican la transición a la parentalidad. Como ya apuntaba Wierzbicki (1993) los menores tienen problemas escolares de manera independiente al rendimiento académico que no es evaluado en nuestro factor. Sin embargo, estas dificultades se pueden derivar de sus problemas cognitivos y de desarrollo, del déficit de atención y la hiperactividad en el aula, de las dificultades de conducta en el ambiente escolar o del propio retraso en la escolarización sumado a las dificultades en el lenguaje. Hay que tener en cuenta que todas estas dificultades se dan en un ambiente que, por lo general, no está preparado técnicamente para comprender los problemas de los menores adoptados. Es de esperar que las familias no se sientan comprendidas y acompañadas por el sistema escolar, lo que ha hecho que un 67,1% haya pensado en cambiar a su hijo de colegio y lo hayan considerado una dificultad grave (22,2%). Estos problemas en uno de los recursos primarios de apoyo para la familia que pueden dificultar mucho su proceso interno de adaptación. Forman parte de este factor las dificultades conductuales del menor que se consideran presentes en un 38,4% de las familias, dato que concuerda con el 38,7% de los menores que se encontraron al llegar con problemas de conducta dentro del rango clínico. Sin embargo, tan sólo un 15,9% de estas familias lo consideran una fuente grave de dificultad, dato que podría hacernos relativizar el sesgo clínico que se atribuye a los padres adoptantes.
4. *Las dificultades en el proceso* ($\bar{X}_p=0,68$). En el análisis de la gravedad atribuida por las familias a las distintas fuentes de estrés encontramos una presencia muy fuerte de este tipo de dificultades: un 43,9% de la muestra ha tenido problemas con la ECAI o el IMMF durante la adopción y el 33,3%

de ellos considera este hecho una dificultad grave; un 29,9% se ha sentido defraudado y engañado en el proceso de adopción y el 26,4% de ellas lo han considerado grave; un 26,8% piensan que no tienen información imprescindible para comprender a su hijo y el 22,8% de ellas lo viven como grave; un 55,5% piensa que la ficha de preasignación era insuficiente para conocer el estado de su hijo y un 19,8% lo considera grave y, por último, un 10,4% piensa que se les ha hecho tomar algunas decisiones muy precipitadamente durante el proceso de adopción y un 17,3% de ellas lo considera grave. Especial relevancia cobra en este punto la falta de información que ha sido considerada una variable de riesgo muy importante para la ruptura de la adopción por lo que el estudio de esta fuente de estrés en las dinámicas de la adaptación será especialmente relevante.

5. *Las dificultades de inserción cultural* ($\bar{X}_p=0,63$). En toda adopción internacional se prevee una fase inicial de deculturación o transplante (Adroher y Berástegui, 2000) en la que el niño tendrá que aprender las rutinas de su nuevo modo de vida y los límites del nuevo entorno cultural en el que le ha tocado vivir. Dentro de este aprendizaje, el aprendizaje de la lengua cobra una relevancia fundamental. Las dificultades en este aspecto aparecen en un 43,9% de las familias pero sólo se considera grave en un 4,3% de ellas.
6. *El estigma asociado a la adopción* ($\bar{X}_p=0,38$). A pesar de ser considerado un factor fundamental dentro de los estudios teóricos sobre adopción, menos de un 20% de las familias de nuestra muestra ha vivido episodios de racismo y xenofobia o se ha sentido mirada por la calle cuando va con su hijo y, además, la mayor parte de ellos han considerado estos episodios como poco graves (3,0 y 4,3% de las familias lo consideran dificultades leves y ninguna de ellas grave). Aún menor es el porcentaje de familias que ha vivido rechazos por parte de familiares o amigos cercanos por causa de la adopción que no llega a darse en un 15% de las familias, datos similares a los aportados por Amorós (1987) o por Fuentes y cols. (2000) en muestra de adopción nacional. A pesar del cambio que se ha vivido en la última década en la imagen social de la adopción, los adoptantes aún tienen que hacer frente a ciertos rechazos que, sin embargo, sólo han supuesto un problema grave en un 1,2% de las familias.
7. *Las dificultades entre hermanos* ($\bar{X}_p=0,35$). Las dificultades entre hermanos no sólo se pueden dar en las familias que ya tenían hijos de manera previa a la adopción sino también en las familias que adoptaban más de un menor que, en total, suponen un 49,1% de la muestra. Sin embargo, los problemas de celos o peleas entre hermanos aparecen tan sólo en un 29,9% de las familias y el aumento de problemas en el resto de los hijos se da en un 14,6%. Estos problemas mayoritariamente no son considerados graves (de un 0,6 a un 3,7% de los padres consideran estos problemas graves).

8. *Las dificultades de vinculación* ($\bar{X}_p=0,20$). A juicio de esta puntuación media podemos considerar que la mayoría de las familias no encuentra grandes problemas frente al principal objetivo del periodo de adaptación inicial: el establecimiento de un vínculo estable y afectivo con el menor que adoptan; por ejemplo, un 81,7% de los padres siempre se han sentido reconocidos como tales, un 89,0% nunca ha pensado que su hijo no le quiere, al 85,4% les parece que a sus hijos no les cuesta mostrar afecto
9. *Las dificultades por monoparentalidad* ($\bar{X}_p=0,18$), a pesar de que un 18,1% de nuestra muestra son familias monoparentales, el porcentaje de familias que viven las fuentes de estrés asociadas a la monoparentalidad no suben del 15% y la mayor parte de ellas lo viven como una dificultad leve (tan sólo un 1,2 de las familias ha mostrado dificultades graves en estos ítems).
10. *El desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja* ($\bar{X}_p=0,19$), si bien esta es una fuente de estrés especialmente infrecuente (sólo se da en un 1,8% de las familias), en el caso de que se presente supone una dificultad grave para un porcentaje importante de familias (un tercio lo considera dificultad moderada y otro grave) tal y como apunta la literatura precedente (Schmidt y cols., 1988).
11. *Las necesidades especiales en el menor* ($\bar{X}_p=0,17$), especialmente graves se consideran la adopción de un menor con minusvalía psíquica que sólo se da en un 10,4% de las familias pero que es considerada una dificultad grave para el 17,3% de ellas.
12. *La no superación de la infertilidad* ($\bar{X}_p=0,17$), resulta muy poco relevante en nuestra muestra en contraste con las hipótesis teóricas sobre que la infertilidad es una de las fuentes de estrés más presentes en la transición a la parentalidad adoptiva (menos de un 15% de las familias han mostrado problemas en éste área). Este dato es aún más relevante teniendo en cuenta que el 62,7% de nuestra muestra tenía problemas biológicos para procrear y que un 64,4% han sido categorizados como adoptantes tradicionales.
13. *Las dificultades asociadas a la adopción de un menor con minusvalía física* ($\bar{X}_p=0,07$). Esta fuente de estrés tiene una relevancia prácticamente nula en el conjunto de la muestra ya que sólo se da en un 6,1% de las familias.

LAS EXPECTATIVAS DE ADAPTACIÓN

La falta de instrumentos específicos que valoraran los conceptos recogidos por la teoría de McCubbin y Patterson (1983) en el campo de la adopción impulsó la construcción de un instrumento que midiera, por un lado, los sentimientos de control y autoeficacia con respecto a la crianza del adoptado y, por otro lado, la capacidad de la familia para predecir las situaciones que posteriormente se han ido presentando en el proceso de adaptación. El análisis factorial arroja dos factores teóricos que explican un 56,07% de la varianza del cuestionario y que entremezclan, en parte,

los ítem que se habían redactado para estos factores teóricos configurando factores muy cercanos a los propuestos por McCubbin y cols. (1998) de “*manageability*” y “*comprehensibility*”. La fiabilidad de la escala alcanza un α alpha de Cronbach de 0,7311 y las de subescalas son de 0,7978 para las expectativas de control y de 0,6467 para la confirmación de expectativas, índices razonablemente suficientes habida cuenta de la escasa longitud de las escalas que contienen cuatro ítems cada una.

En el análisis de las expectativas de control se puede observar cómo casi todas las familias estudiadas se sienten capaces de hacer que su hijo se sienta querido (95,1% responden bastante o muy de acuerdo) mientras que un porcentaje menor de ellas se sienten capaces de resolver los problemas de su educación (89,6%), piensan que son buenos padres o madres (89,5) o piensan que el comportamiento de sus hijos es esperable para su edad y sexo (80,4%).

En el análisis de la confirmación de expectativas los resultados apuntan a que la mayoría de las familias ya sabían que podían presentarse situaciones como las que están abordando (74,1% bastante o muy de acuerdo frente a 11,2% en distintos grados de desacuerdo) o consideran que ser padre o madre está resultando más fácil de lo que esperaban (53,6% bastante o muy de acuerdo frente a 26,2% en desacuerdo) y un grupo menos importante de familias imaginaban que ser padre o madre adoptiva sería más o menos así (40,4% bastante o muy de acuerdo frente a 8,8 en desacuerdo). En este sentido, la muestra de estudio parece mostrar un mayor grado de confirmación de expectativas que las referidas en el estudio de Barth y Berry (1989) en el que la experiencia fue mucho peor de lo que esperaban en un 25% de las familias. Es destacable que un 39,6% de las familias consideraban que no podían haber previsto las dificultades a partir de la ficha de preasignación, dato que concuerda con los altos niveles de estrés derivados de la falta de información en el proceso que se han descrito con anterioridad.

A pesar de las altas puntuaciones en ambas variables, son más los padres que esperan controlar la situación que aquellos que ven confirmadas sus expectativas con respecto a la adopción. En este sentido, la media de las puntuaciones en expectativas de control es más alta y la desviación típica más pequeña que en la confirmación de expectativas previas ($\bar{X}=26,69$ y $S_x=3,53$ frente a $\bar{X}=23,29$; $S_x=4,89$ respectivamente).

LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Las estrategias de afrontamiento que ponen en marcha los padres de nuestra muestra son, en orden de frecuencia de uso:

- a) *La reestructuración positiva* ($\bar{X}_p=3,87$). La media de sujetos usaría esta estrategia a menudo²⁶, lo que puede ser considerado un dato muy positivo habi-

²⁶ Se presenta la media ponderada de las dimensiones en un rango de 1 a 5.

da cuenta de que se considera una de las estrategias de afrontamiento más adaptativas independientemente de la situación que afronte la familia (Ruano y Serra, 2001).

- b) *La movilización familiar para adquirir y aceptar ayuda* ($\bar{X}_p=2,52$), se refiere a la búsqueda de apoyo formal para resolver los problemas que sería utilizada, de media, entre casi nunca y a veces. Parece que nuestras familias no sienten que los servicios formales (IMMF, recursos públicos, médico de cabecera, orientación profesional o grupos de adoptantes) puedan prestarle la ayuda que necesitan en su proceso de adaptación. Quizás el carácter específico de la adopción internacional haga que la mayoría de los adoptantes no se fie de los recursos normalizados de apoyo a la familia (como médicos, equipos de orientación psicopedagógica) y, por otro lado, no encuentren la accesibilidad necesaria en los recursos específicos destinados a la adopción internacional, aunque otra hipótesis plausible sea que la familia rehuya el uso de sistemas públicos de apoyo por la sobresaturación que ha vivido en el proceso, la insatisfacción que ha vivido con los recursos de adopción o el miedo a que la administración interfiera en su vida familiar.
- c) *La adquisición de apoyo social* ($\bar{X}_p=2,43$), la media de los sujetos usaría esta estrategia entre casi nunca y a veces cuando es una de las estrategias más utilizadas por las muestras americanas. Quizás se deba, no tanto a que la familia no busque activamente apoyo de otros significativos para ellos sino que muchos de los ítem mencionan específicamente a los vecinos que en la muestra estudiada son una fuente de apoyo para muy pocas familias (el 91,3% de nuestra muestra no comparte los problemas con los vecinos nunca o casi nunca, el 89,5% no les pide favores y el 76,5% no recibe favores de sus vecinos). Este hecho podría estar mermando la capacidad de esta subescala para ser aplicada en muestra española en la que quizás otras fuentes de apoyo como la familia extensa, los amigos o los compañeros de trabajo sean más relevantes que el vecindario.
- d) *La búsqueda de apoyo espiritual* ($\bar{X}_p=2,00$), la media de familias no utiliza esta estrategia casi nunca. De nuevo encontramos una diferencia muy acusada entre la importancia que tiene esta estrategia en población norteamericana y la que se da en nuestra muestra.
- e) *La valoración pasiva* ($\bar{X}_p=1,84$), la media de las familias no utiliza esta estrategia entre nunca y casi nunca. De manera opuesta al uso de la reestructuración positiva, el bajo uso de esta estrategia de afrontamiento también es, por lo general, un buen signo por ser una estrategia poco adaptativa salvo que la familia esté afrontando situaciones que no puede cambiar por sí misma y ante las que sólo queda esperar que cambien espontáneamente o con el paso del tiempo.

La baja frecuencia de uso de las estrategias propuestas por el Fcopes nos hacen cuestionar la validez de esta medida en muestra española o, al menos, en lo que respecta a la muestra específica de adopción internacional que tiene unas características sociodemográficas y biográficas bastante particulares. En este caso, el uso de una medida dirigida específicamente a las fuentes mayoritarias de apoyo formal e informal, no sólo en muestra española sino específicamente en muestra de adopción internacional, quizás arrojaría datos más válidos sobre la importancia e las estrategias de afrontamiento familiares en el proceso de adaptación inicial de la familia a la adopción internacional.

LA CONDUCTA EDUCATIVA

En una escala del 1 al 7 los padres de nuestra muestra puntúan por debajo del tres en laxitud y por debajo del cuatro en sobre reactividad. A pesar de que no se dispone de una muestra normativa con la que comparar los resultados, estos datos sugieren que los adoptantes internacionales de niños mayores se muestran bastante competentes en lo que se refiere a la funcionalidad de su conducta educativa. Así, la hipótesis que sostiene que los padres adoptivos son menos competentes en sus estilos educativos que el resto de los padres (Polaino, 2001; Siegel, 1989; Triseiotis, 1994) no se sostendría en esta muestra. Por el contrario, nuestros estudios quedarían más cerca de los resultados de Palacios y Sánchez (1996b) y Fuentes y cols. (2000) que consideran que las familias adoptivas no son más blandas que las convencionales y que, es más frecuente encontrar modos de control autoritarios que laxos entre estas familias. En cuanto a la monitorización, nuestros padres tienden a tener a sus hijos controlados y a saber qué están haciendo en cada momento (con una media de 5,44 sobre 7) lo que también da cuenta de su implicación en la parentalidad del menor.

LA ADAPTACIÓN FAMILIAR

La medida de la adaptación familiar a la adopción también se construyó específicamente para este estudio, basada en un principio en dos factores teóricos (la interacción familiar positiva y la percepción del grado de adaptación por parte de los padres) que, tras el análisis factorial quedó reducido a un solo factor que explica el 69,38% de la varianza de las puntuaciones. La fiabilidad del cuestionario es de alpha de Cronbach=0,9308, fiabilidad muy alta habida cuenta de que el cuestionario sólo cuenta con ocho ítems.

Las familias de nuestra muestra están enormemente satisfechas y contentas con la experiencia de la adopción de manera que la media de la adaptación adoptiva tal y como es percibida por los padres se sitúa en 46,18 en una escala con un rango entre 20 y 48y un 60% de la muestra presenta la puntuación máxima alcanzable.

Estos datos concuerdan con los altos grados de satisfacción referidos por la mayor parte de la investigación sobre adopción internacional (Alstein y Simon, 1991; Dalen, 2003; Groza y Ryan, 2002; Groze e Ileana, 1996; Levy-Shiff, Bar y Har Even, 1991; Simon y Alstein, 1992; Tizard, 1991).

Si atendemos a las respuestas de los padres a cada ítem del cuestionario, un 76,7% de los padres están absolutamente de acuerdo con que su hijo se ha adaptado satisfactoriamente a la familia frente al 3% que no está de acuerdo en algún grado. Estos datos son más positivos que los de Fernández (2002) que expone que un 38% de las familias no estaban satisfechas con el proceso de adaptación en adopciones nacionales de niños con necesidades especiales.

Por otro lado, el 94,5% está absolutamente de acuerdo con que su hijo es uno más de la familia frente al 100% de los padres de niños con necesidades especiales entrevistados por Fuentes y cols. (2000) tras dos años de convivencia. Estas tasas de integración del menor se dan a pesar de que un 38,8% de las familias habían llegado a pensar en romper la relación con el niño en el periodo preadoptivo por lo que número de nuestra muestra que no está rotundamente de acuerdo con la pertenencia de su hijo a la familia (5,5%) puede que disminuya con el paso del tiempo.

En el estudio de Berry y Barth (1989) el 86% de las familias están seguras o casi seguras de que volverían a adoptar si se les diera la oportunidad de volver atrás pero sólo el 75% volvería a adoptar el mismo niño mientras que, en nuestra muestra, un 88,3% de las familias está absolutamente convencida de que si volviera atrás adoptaría al mismo niño.

Por último, el 81% considera que su vida familiar se ha enriquecido desde que está su hijo frente al 2,4% que no está de acuerdo en algún grado; un 83,2% se considera completamente de acuerdo en que ser padre le hace sentir bien frente al 4,3% que no; un 83,5% asevera que tiene buenos momentos con su hijo frente al 1,2% que está en desacuerdo con este hecho; en un 84% de las familias están muy de acuerdo con la afirmación de que están contentas con haber adoptado frente a un 2,4% que no está de acuerdo y el 89,6% considera categóricamente que merece la pena adoptar a pesar de las dificultades frente al 1,2% que está en desacuerdo en algún grado.

Ciertamente, los resultados con respecto al grado de adaptación de las familias son muy positivos y sin embargo han de ser interpretados con cautela. Algunos autores consideran que estas altas tasas de satisfacción estarían escondiendo una actitud de fondo de negación de las dificultades en las familias adoptantes tras un difícil proceso de decisión y de tramitación de la adopción y, especialmente, tras haber sido evaluadas como idóneas (Dalen, 2003; Levy-Shiff y cols., 1991). Para estos autores, asumir la insatisfacción sería cuestionar la idoneidad recibida y el acierto en la decisión de adoptar por lo que los adoptantes vivirían una gran resistencia a dar este paso. Un dato a favor de esta hipótesis es el escaso espacio que

ocupan los problemas en los informes de seguimiento de las familias truncadas y en riesgo hasta que la ruptura es inminente (Berástegui, 2003b).

Por el contrario, Palacios (1998) considera que estos resultados tan positivos son el reflejo del enorme logro y satisfacción que supone para los adoptantes la llegada del niño tras el dolor y la frustración experimentados durante la decisión de adoptar y las dificultades en el proceso. El gran sentimiento de cumplimiento de estas familias hace que puedan estar satisfechas y contentas a pesar del reconocimiento de las dificultades. Por último, los resultados positivos que muestran las familias al inicio de la convivencia han sido considerados la expresión de una etapa de “luna de miel” (Levy-Shiff y cols., 1991; Schechter, 1970). Se considera que la satisfacción de la familia es siempre mayor en las primeras entrevistas que pasado un tiempo de convivencia con el menor. En nuestra muestra el tiempo medio de convivencia es de 2,87 años por lo que no podríamos estar hablando ya de esta luna de miel aunque, por otro lado, los menores no han llegado todavía a la adolescencia, periodo en el que los padres suelen mostrar las tasas más bajas de satisfacción y adaptación (patrón que, por otro lado, es paralelo al que podemos encontrar en las familias normativas).

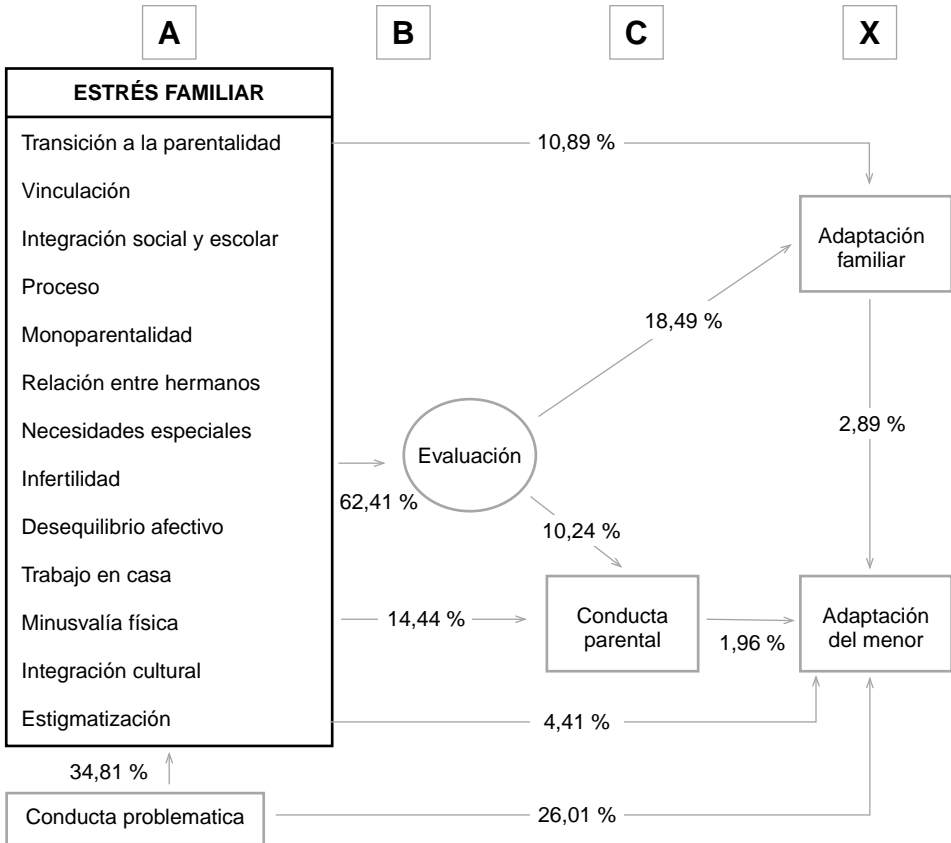
7.2.2. EL MODELO

Tras el análisis factorial realizamos algunos cambios en el modelo inicialmente propuesto. En primer lugar se excluyeron del modelo las estrategias familiares de afrontamiento, a excepción de la re estructuración cognitiva que entró a formar parte del factor teórico de evaluación cognitiva. Esta subescala ya ha sido utilizada anteriormente como parte de la evaluación cognitiva (Factor cC) por ser paralelo al factor teórico “*meaningfulness*” que caracteriza el modo que tienen las familias de acercarse cognitivamente o evaluar las situaciones estresantes. Por otro lado, también se excluye del modelo la laxitud de los padres en las intervenciones educativas por su falta de covariación con la dimensión de la inadaptación familiar.

Todos los indicadores aportados tanto por el EQS como por AMOS indicaron un buen ajuste de nuestro modelo a los datos, con valores por encima de los límites más conservadores para aceptar un modelo. En primer lugar, la estructura empírica de los datos y la ordenación de las relaciones propuesta no difieren significativamente ($\chi^2=17,51$, gl.=15; $p=0,29$). El CFI indica un 99,6% de ajuste el AGFI un 92% y tan sólo un 4% de los residuos quedan sin explicar según el indicador RMSEA (0,04)²⁷. Además, todos los parámetros calculados por el modelo tuvieron relevancia estadísticamente significativa con un nivel de confianza de un 95%

²⁷ Los valores satisfactorios desde una perspectiva conservadora son una χ^2 no significativa, es decir, con una probabilidad superior a 0,05, un CFI>0,90, un AGFI>0,80 y un RMSEA<0,05.

FIGURA 19: PORCENTAJES DE VARIANZA EXPLICADOS POR CADA RELACIÓN DEL MODELO DE ADAPTACIÓN FAMILIAR A LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL



Los números que se indican en cada flecha corresponden al porcentaje de varianza de la variable final que queda explicada por la variable inicial.

($\alpha < 0,05$). Probablemente una mayor indagación teórica y una recogida más amplia y escrupulosa de datos nos llevaría a un ajuste todavía mayor del modelo, que habrá de seguir en revisión.

H.1. Los problemas iniciales de conducta en el menor se relacionan con la adaptación psico-social del mismo tras el proceso de adaptación

En el modelo operativo la conducta inicial del menor tiene un peso directo de 0,51 sobre la adaptación psicossocial del menor que es, por otro lado, el mayor peso

de todas las variables que se relacionan con esta explicando un 26,01% de la varianza de la adaptación psicosocial del menor tras el proceso de adaptación. Además, en el análisis exploratorio del modelo, éste pierde validez si prescindimos del efecto de los problemas iniciales sobre la adaptación psicosocial posterior.

Estudiando las relaciones de los distintos problemas de conducta que manifestaba el menor al llegar con la adaptación del mismo tras un periodo mínimo de un año de convivencia, encontramos que la problemática internalizante guarda una menor relación con la adaptación psicosocial del menor ($\rho=0,528$) que la conducta externalizante ($\rho=0,717$). Además, el cambio en la conducta del menor fue significativamente más positivo en todas las dimensiones de la conducta a excepción de la conducta delincuente, cuya problemática inicial estaba dentro del rango clínico frente a los que tenían conductas más normalizadas, dato especialmente cierto cuando los rangos clínicos se daban en el síndrome internalizante y no tanto cuando se daba en el síndrome externalizante. Los menores con problemas externalizantes clínicos sólo vivieron una mejor evolución que los que tenían una conducta normalizada en problemas de pensamiento, conducta agresiva y conducta externalizante.

H.1.1. La relación entre los problemas iniciales de conducta en el menor y su adaptación psico-social está mediada, en parte, por el estrés que vive la familia en su transición a la parentalidad adoptiva

El contraste del modelo también apoya esta hipótesis habida cuenta de que la conducta inicial del menor explica un 34,81% de la varianza del estrés que vive la familia en el proceso de adaptación y que todos los efectos predichos en el modelo son significativos. La suma de todos los efectos indirectos de la conducta inicial del menor sobre su adaptación psicosocial no alcanza a explicar un 2% de la misma (1,81%). Es importante destacar en este punto que el efecto que tienen los problemas de conducta sobre el estrés es mayor que el que tiene sobre la conducta del menor tras el periodo inicial de convivencia con la familia.

Los problemas de conducta del menor que tienen una mayor relación con el estrés de la familia son los problemas de atención, los problemas sociales, la conducta agresiva, la conducta delincuente y los problemas de pensamiento, lo que apoya la hipótesis anteriormente expuesta de que la conducta internalizante resulta menos estresante para la familia que la externalizante o la hiperactiva que parece poner a prueba los recursos adaptativos de la familia con mayor crudeza. (Grotevant y cols., 1988).

Los problemas de conducta del menor se relacionaron fundamentalmente con un aumento de las dificultades de inserción social y escolar, las dificultades de inserción cultural y las derivadas del cuidado de un menor con necesidades especiales. Además la conducta externalizante del menor al llegar estaba relacionada con un aumento de los problemas de vinculación en la familia.

H.2. El estrés familiar en la transición a la parentalidad adoptiva incide negativamente en la adaptación familiar

El efecto directo del estrés familiar por la transición a la parentalidad adoptiva en la adaptación familiar explica un 10,89% de la varianza de esta última. A pesar de que este peso es significativo, en el análisis exploratorio del modelo podemos observar cómo un modelo que no considerara este efecto directo del estrés sobre la adaptación seguiría explicando la estructura empírica de los datos con unos buenos índices de ajuste.

Las dimensiones del estrés que más se relacionan con un descenso en la adaptación familiar son las dificultades de vinculación, las dificultades de inserción social y escolar, las necesidades especiales del menor, las dificultades de inserción cultural y la no aceptación de la infertilidad.

El efecto de las dificultades de vinculación sobre la adaptación ya ha sido destacado en la investigación sobre ruptura (Berástegui, 2003b; McCarthy y cols., 1999; Schmidt y cols., 1988). Es destacable la relevancia que tiene esta fuente de estrés a pesar de su baja presencia en nuestra muestra. Esta podría ser la causa de las mayores dificultades de la familia para regular la conducta externalizante de los menores. La conducta externalizante podría dificultar el establecimiento de una relación estrecha y cálida entre padres e hijos sobre la que construir un ambiente familiar estable y capaz de controlar la conducta del menor, aunque esta hipótesis habrá de ser valorada en profundidad en próximas investigaciones.

Sin embargo, los problemas de inserción social y escolar no se han relacionado previamente con la ruptura de la adopción aunque sí con la insatisfacción de la familia tal y como es percibida por sus hijos (Grotevant y McRoy, 1997). En nuestra investigación es una de las variables que se relacionan más íntimamente con la inadaptación familiar. Será imprescindible, en este sentido, una revisión a fondo de la capacidad del sistema educativo español de responder adecuadamente a las necesidades educativas especiales de estos niños y sus familias, para mejorar la capacidad de la familia de integrar satisfactoriamente a sus menores.

Con respecto a las necesidades especiales parece que estos resultados son opuestos a los encontrados por la investigación precedente (Boyne y cols., 1984; Coine y Brown, 1985; Glidden y cols., 1988, 1991, 1999; 2000; Rosenthal y Groze, 1991). Probablemente este hecho se deba a que las necesidades especiales que se dan en nuestra muestra no son elegidas por los adoptantes sino que se encuentran a posteriori en la convivencia con el menor lo que, como sucede en el estudio de Barth y cols. (1988) aumenta la insatisfacción de la familia y riesgo de ruptura de la adopción.

En cuanto a las dificultades de inserción cultural, probablemente sean las dificultades con el lenguaje las que estén dificultando una adecuada integración familiar habida cuenta de que este es un vehículo fundamental para el establecimiento de vínculos y, en definitiva, la integración familiar (Dalen, 2003)

La no aceptación de la infertilidad también dificulta la adaptación familiar como ha sido destacado por la literatura sobre adopción (Brodzinsky y cols., 1995; Kirk, 1964; Schmidt y cols., 1988). A pesar de ser una de las fuentes de estrés menos presentes en la muestra de adopción internacional, será fundamental a la hora de valorar la idoneidad de las familias que no pueden concebir o llevar a término un embarazo. Asegurarse de que la familia ha hecho el duelo por el hijo biológico es prioritario ya que, si no es así, la inadaptación familiar y de pareja previa a la llegada del menor se intensificará por la incapacidad del menor de dar solución a la frustración de la familia (Pheat, 1995).

También es destacable que ni la monoparentalidad ni el aumento del trabajo en casa ni el estigma asociado a la adopción se relacionaron con la percepción de la adaptación familiar.

H.2.1. La relación entre el estrés y la adaptación familiar está, en parte, mediada por las expectativas de adaptación de manera que el estrés disminuye las expectativas de adaptación y unas bajas expectativas inciden negativamente en la adaptación familiar

En el modelo se confirma la hipótesis de que el estrés tiene un efecto negativo sobre la evaluación cognitiva del proceso y daría cuenta de un 62,41% de su varianza. Adicionalmente, la evaluación cognitiva tiene un efecto positivo sobre la adaptación familiar que explica un 18,49% de la varianza de la adaptación. En conjunto, el efecto indirecto que el estrés tiene sobre la adaptación mediado por la evaluación de la situación explica un 11,54% de la varianza de la adaptación, porcentaje mayor que el explicado por el efecto directo del estrés sobre esta variable. Este dato es, quizás, uno de los más relevantes aportados por nuestro modelo.

Las fuentes de estrés que afectan más negativamente a las expectativas de control y la confirmación de expectativas previas son, en distintos grados, las mismas que se vinculan con la inadaptación familiar (problemas de vinculación, necesidades especiales del menor, problemas escolares, dificultades de inserción cultural o no aceptación de la infertilidad) por lo que, en parte, estas fuentes de estrés influyen en la adaptación porque no eran esperables para las familias y no se sienten capaces de controlarlas. Las dificultades de vinculación son, además, la única fuente de estrés que disminuye la capacidad de los padres de reestructurar cognitivamente la situación. Podría ser que, para las familias que adoptan internacionalmente, todos los problemas resulten afrontables mientras que lo central, el establecimiento del vínculo, esté presente. Por ello, para las familias en las que la relación afectiva con el menor tarda en construirse, la capacidad para reinterpretar los problemas en términos positivos se ve mermada y, con ella, su capacidad de afrontamiento y su nivel de adaptación.

Por otro lado, resulta llamativo que la transición normativa a la parentalidad también disminuya tanto las expectativas de control como la confirmación de expectativas de la familia a pesar de ser experiencias normativas presentes para cualquier persona que inicia la aventura de ser padres. En este sentido, el cierto clima de “insistencia en las diferencias” que puede darse en el periodo preadoptivo puede estar motivando que los adoptantes olviden lo que tendrán en común con el resto de los padres.

Por último, las dificultades en el proceso se relacionan con unas bajas expectativas de control de la familia lo que tiene una enorme relevancia a la hora de reflexionar sobre los procesos de adopción internacional habida cuenta de que lo que ocurra durante la tramitación estará interfiriendo en la posible adaptación de los menores. En este sentido, colocar a los padres en una papel pasivo frente al proceso y no proporcionarle la información y el tiempo suficiente para que tome decisiones meditadas y responsables dificultará el proceso de adaptación familiar.

Todas las dimensiones de la evaluación cognitiva se relacionaron significativamente con la adaptación familiar aunque las expectativas de control tuvieron la relación más fuerte ($\rho=0,704$) seguidas por la confirmación de expectativas ($\rho=0,530$) y, por último, de la reestructuración cognitiva ($\rho=0,328$).

H.2.2. La relación entre las expectativas de adaptación y la adaptación familiar está en parte mediada por los recursos de afrontamiento de manera que unas altas expectativas promueven la puesta en marcha de recursos más adaptativos y estos aumentan el grado de adaptación familiar

Esta hipótesis formulada en el Capítulo 5 no ha sido contrastada por la falta de covariación entre las estrategias de afrontamiento (a excepción de la reestructuración positiva) y el factor de inadaptación familiar.

H.3. El estrés familiar dificulta la adaptación psicosocial del menor tras el periodo de adaptación adoptiva

El estrés familiar explica de manera directa un 4,41% de la varianza de la adaptación psicosocial del menor tras el periodo de adaptación inicial. De nuevo en el análisis exploratorio se comprueba que el modelo resultante de la eliminación de esta relación hipotética no se ajusta bien a los datos de la muestra. El modelo explica la relación entre la puntuación en el índice de estrés adoptivo y los problemas de conducta del menor en el momento del estudio por lo que la relación es positiva.

El estrés familiar tiene una mayor relación con los problemas externalizantes ($\rho=0,606$) que con los internalizantes ($\rho=0,534$) aunque manifiesta relaciones significativas con todos los problemas de conducta del menor en el momento del

estudio. Todas las dimensiones del estrés que guardan una relación significativa con los problemas actuales de conducta salvo el estrés derivado de la monoparentalidad. Las dificultades de integración social y escolar tienen una relevancia especial en este sentido ($\rho=0,770$ siendo todas las demás relaciones inferiores a $\rho=0,5$). El hecho de que esta relación sea tan estrecha quizás se explique por la presencia en el factor de un ítem de dificultades de conducta que, como hemos visto con anterioridad, es respondido afirmativamente por las familias con problemas clínicos de conducta. Además, las dificultades de la escuela de apoyar a la familia en el proceso de resocialización del menor también pueden estar jugando un importante papel en esta relación, especialmente porque los niños pasan casi un tercio de su tiempo en la escuela.

H.3.1. La relación entre el estrés familiar y la adaptación psico-social del menor depende en parte de los estilos educativos de manera que un mayor estrés promueve la puesta en marcha de estilos educativos menos funcionales que disminuyen la adaptación psico-social del menor

El estrés familiar explica un 14,44% de la varianza de la sobre reactividad y esta, a su vez, da cuenta de un 1,96% de la varianza de la adaptación psicosocial. En definitiva, el efecto indirecto del estrés sobre la adaptación psicosocial del menor explica un 0,28% de la varianza de esta última.

Las fuentes de estrés que más relacionadas están con la sobrerreactividad de los padres en sus intervenciones educativas son las dificultades de integración social y escolar, las dificultades de vinculación, la transición normativa a la parentalidad, las dificultades de inserción cultural y la no aceptación de la infertilidad.

Por otro lado, la sobrerreactividad de la familia influye más en el aumento de los problemas de atención, los problemas sociales y la conducta externalizante, que en la internalizante. Es de destacar que la conducta sobrerreactiva de los padres no se relaciona con un aumento del aislamiento en los menores.

H.3.2. La relación entre estrés familiar y estilos educativos está, en parte, mediada por las expectativas de adaptación de manera que un mayor estrés incide en unas menores expectativas de adaptación y estas en la puesta en marcha de estilos educativos más disfuncionales que disminuyen la adaptación psicosocial del menor

La evaluación de la situación adoptiva da cuenta de manera negativa de un 10,24% de la varianza de la sobre reactividad de la familia en sus intervenciones educativas. En su conjunto, el efecto indirecto que tiene el estrés sobre la adapta-

ción psicosocial a través de estas interacciones da cuenta de un 0,12% de la varianza de ésta.

La dimensión de la evaluación cognitiva que tiene una mayor relación con la disminución de la sobrereactividad de los padres en sus intervenciones educativas son las expectativas de control ($\rho=-0,533$) seguidas de la confirmación de expectativas ($\rho=-0,415$) y, por último, de la reestructuración cognitiva ($\rho=-0,318$). Parece que cuanto menos control percibe la familia sobre su situación tiende más a sobrecontrolar a sus hijos y a usar técnicas más coercitivas y menos planificadas de intervención educativa, relación que ya se ha estudiado en familias normativas (Abidin, 1992; Belsky y cols, 1986).

H 4. La adaptación familiar influye en la adaptación psico-social del menor de manera que a mayor percepción de adaptación por parte de la familia, mayor será también la adaptación psico-social del menor

En el modelo, la adaptación familiar explica un 2,89% de la varianza de la adaptación psicosocial del menor.

En conjunto, las variables familiares, a través de sus distintos efectos directos e indirectos explican un 11,03% de la varianza de la adaptación psicosocial del menor frente al 26,01% que explica de manera directa la conducta inicial del menor. Estos datos siguen una proporción similar a la encontrada por McDonald y cols. (2001) en la que un 14,5% de la varianza de la adaptación estaba explicada por las características familiares frente al 39,6% que se explicaba por las variables del menor.

Junto a estas dinámicas estudiadas, el análisis factorial destaca las existencia de otros patrones de funcionamiento familiares que se dan en el periodo de adaptación y que hemos denominado “afrontamiento parental”, “integración social”, “desimplicación parental” y “monoparentalidad”. El factor de afrontamiento parental destaca las puesta en marcha de dinámicas de afrontamiento cognitivo y conductual en las familias que adoptan niños mayores frente a los problemas de conducta de estos. El factor integración social describiría las dinámicas de afrontamiento puestas en marcha frente a las dificultades normales de crianza de niños más pequeños, dinámicas muy similares a las vividas por las familias convencionales. La desimplicación parental tendría que ver con la dejación educativa y de afrontamiento en el proceso de adaptación, frente a un estrés atribuido al niño o al proceso. Por último, parece que adoptar niños más pequeños tiene un impacto mayor en la transición a la parentalidad de estas familias que vivirán mayor estrés relacionado con el cuidado en solitario de los menores. En cualquier caso, el estudio en profundidad de estas dinámicas familiares que complementan el modelo propuesto tendrá que esperar a nuevos estudios.

7.3. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS IMPLICADAS

Como se ha destacado en el Capítulo 3, una de las dificultades más importantes para establecer un patrón general de adaptación ligado a la adopción es la gran variabilidad existente en esta experiencia, tanto en relación con los menores adoptados como con las familias que adoptan y al proceso a través del cual se constituyen en una familia. Parece que, en el mundo de la adopción es aún más complejo, definir una experiencia normativa compartida mayoritariamente, si bien existe bastante investigación relacionada con algunas variables de tipo sociodemográfico.

7.3.1. VARIABLES DEL MENOR

En primer lugar, con respecto al sexo del menor cabe destacar que las diferencias conductuales encontradas al inicio de la convivencia desaparecen durante el periodo de adaptación inicial a la familia lo que podría concordar con los resultados de Logan y cols., (1998) o Rosenthal y Groze (1991) que no encuentran diferencias en los problemas de conducta entre niños y niñas. Tampoco existen en nuestra muestra diferencias ni en la adaptación familiar, ni en el resto de variables familiares implicadas en el proceso de adaptación entre los que adoptaron niños y los que adoptaron niñas, lo que podría justificar los resultados de los estudios que no han encontrado relación entre el sexo de los menores y la ruptura de la adopción (Berástegui, 2003b; Festinger, 1990, McDonald y cols., 1991).

En el momento del estudio se mantenía la relación entre la edad de la adopción y los problemas de ansiedad, las quejas somáticas y el síndrome internalizante y aparece una relación que no existía al inicio de la convivencia entre la edad y los problemas sociales.

Es importante determinar en qué grado la edad incide en que el reto evolutivo que se plantee en la transición a la parentalidad adoptiva sea diferente. En este sentido, en el estudio que nos ocupa, la edad de la adopción también incide en algunas de las fuentes de estrés que afectan a la familia de manera que a mayor edad de la adopción se presentaron mayores problemas de vinculación y de inserción social y escolar pero menores dificultades asociadas a la transición normativa a la parentalidad o el aumento del trabajo en casa. Es lógico que la integración escolar sea más compleja cuanto más alto es nivel académico en el que tienen que incorporarse el menor y cuanto más tiempo ha pasado en un entorno educativo generalmente deficiente, cuando no inexistente, en su país de origen. Además, la investigación previa ha vinculado la edad de la adopción con retrasos en el desarrollo cognitivo (Morrison y cols., 1995; Rutter, 1998) y peor rendimiento escolar (Brodzinsky y cols., 1984; Dalen y Rygvold, 1999; Wierzbicky, 1993), lo que puede dificultar la integración social y escolar del menor. Adicionalmente hay que señalar que en las dificultades de inserción social y escolar se incluye un ítem de edad

lo que puede estar forzando este resultado aunque también se valora la edad en las dificultades de inserción cultural y no se han presentado las mismas diferencias. El aumento de los problemas de vinculación en niños mayores es explicable desde la teoría del apego que predice que cuanto mayor es la edad del niño, mayores serán sus dificultades para revertir patrones inseguros de apego (Chisholm y cols., 1995; Grotevant y cols., 1988).

Por otro lado, cuanto mayor era la edad del menor se utilizó más la reestructuración positiva como estrategia de afrontamiento. Probablemente, el hecho de adoptar niños más mayores sea una opción consciente y, por lo tanto, la estrategia de la reestructuración sea más fácilmente puesta en marcha. Sin embargo no encontramos una relación entre la edad de la adopción y las expectativas de afrontamiento, la conducta educativa o la adaptación familiar. Nuestro estudio nos muestra unas tasas de satisfacción y de ajuste muy altas en todos los rangos de edad, no encontrando diferencias en el grado de adaptación familiar en función de esta variable. Los resultados indican que niños muy mayores en el momento de la adopción (que ya habían alcanzado la adolescencia) muestran niveles de adaptación familiar tan exitosos como los más pequeños, datos que ya han sido corroborados incluso en comparación con niños adoptados en la primera infancia (Andersen, 1992; Botvar, 1995; Dalen y Saetersdal, 1992; Priel y cols., 2000). Este dato puede relativizar el gran efecto conferido a la edad por los estudios sobre la ruptura (Barth y cols., 1988; Benton y cols., 1985; Berástegui, 2003b; Boneh, 1979; Boyne y cols., 1984; Coine y Brown, 1985; Festing, 1986; Kadushin y Seidl, 1971; Hoksbergen y cols., 1988; McDonald y cols., 1991; Partridge y cols., 1986; Schmidt y cols., 1988; Zwimpfer, 1983, etc.) de manera que esta variable no sería suficiente para explicar por sí sola la inadaptación familiar y, en consecuencia, la ruptura de la adopción (Berástegui, 2003b).

Las familias que adoptaron un grupo de hermanos tuvieron mayores tasas de estrés en general y también mayor estrés por transición normativa a la parentalidad, mayores dificultades entre hermanos y mayor aumento del trabajo en casa. A pesar de ser los niños mayores que la media, se da un mayor estrés por transición a la parentalidad y mayor trabajo en el hogar que es típico de los más pequeños. Una posible explicación es que, en el cuestionario, se pide que la familia conteste centrándose en el mayor del grupo de hermanos con lo que el aumento de trabajo en casa y las mayores dificultades de transición a la parentalidad podrían estar más vinculadas a las necesidades del hermano pequeño que a las del menor objeto de estudio, lo que no impide que éste estrés también interfiera en la adaptación del mayor de los hermanos. Por otro lado, es lógico que haya mayor estrés ya que se multiplican los estresores y aparecen fuentes adicionales de estrés como son hacer la transición a la parentalidad con niños de edades y necesidades evolutivas diferentes. Sin embargo, las familias que adoptaron un grupo de hermanos no mostraron diferencias con el resto de las familias ni en las expectativas de adaptación, ni en las estrategias de afrontamiento ni en los errores educativos ni en la adapta-

ción familiar lo que va en la línea de los estudios sobre la ruptura que concluyen que adopción múltiple o bien no tiene relación con la ruptura (Barht y cols., 1988) o implica un discreto aumento de riesgo de inadaptación (Benton y cols., 1985; Berástegui, 2003b; Boneh, 1979, Erich y Leung, 2002; Hoksbergen y cols., 1988; Kadushin y Seidl, 1971).

7.3.2. VARIABLES DE LA FAMILIA

La mayoría de los padres (58,3%) y de las madres (64,8%) tuvieron estudios universitarios medios o superiores. Tan sólo un 5,5% de los padres y un 6,3% de las madres no habían ido más allá de la educación primaria. En consecuencia, un alto porcentaje tanto de los padres como de las madres eran profesionales superiores (del campo de la salud, de la educación u otros profesionales (37,3% de los padres y 44,1% de las madres) o directivos o gerentes de empresas (6,6% y 1,2% respectivamente). El nivel de ingresos también fue alto, obteniendo más del 57,8% de las familias unos ingresos netos mensuales de más de 2400€. Las familias monoparentales, al sólo tener una fuente de ingresos en la familia, tuvieron un nivel económico significativamente inferior que las biparentales.

El nivel de estudios del padre correlaciona con un menor nivel de problemas de atención, de conducta agresiva y de problemas de conducta tras el periodo de adaptación. Estos resultados concuerdan con los de Miller y cols. (2000) que encuentran un mayor carácter problemático en la conducta de los adoptados frente a los no adoptados en las familias con bajos niveles educativos.

Por otro lado, a mayor nivel de estudios de la madre se da menor estrés por transición a la parentalidad y menor estrés derivado de las necesidades especiales del menor. La edad del padre también correlacionaba con un menor nivel de estrés en general y un menor estrés por transición a la parentalidad. En población normativa ya se había encontrado que en padres con bajos niveles educativos se daba un mayor estrés parental (Ostsberg y Hagekull, 2000; Lavee y Sharlin, 1996).

En nuestras familias no se encuentra relación entre el grado de adaptación y el nivel de estudios. Por lo general, estos resultados son contrarios a los estudios sobre la ruptura en la que mayoritariamente se da una relación inversa entre nivel de estudios y ruptura (Festinger, 1986; Rosenthal y cols., 1988) o bien se plantea una relación curvilínea (Barth y cols., 1988; 1990; Berástegui, 2003b). Además, la hipótesis de la doble influencia de el nivel de estudios de las madres sobre las expectativas y los recursos familiares (Berástegui, 2003b; Hoksbergen y cols., 1988) queda falsada. Ni las familias con menores niveles educativos ponen en marcha menores recursos de afrontamiento ni las familias con más altos niveles educativos parecen frustrar más unas altas expectativas de adaptación en nuestra muestra.

Los ingresos familiares correlacionaron con un aumento del estrés por transición a la parentalidad, un mayor aumento del trabajo en casa y con mayores difi-

cultades entre hermanos. Las mayores dificultades entre hermanos se justifican por el hecho de que las familias que tienen mayor capacidad económica tienen mayores facilidades a plantearse la adopción cuando ya tienen hijos o bien, en los mismos procesos de adopción, optan por la adopción de grupos de hermanos. Sin embargo el aumento de estrés por transición a la parentalidad y de trabajo en casa son más difícilmente comprensibles en familias que tienen más facilidades para encontrar apoyos domésticos. Puede que este patrón de resultados se deba al aumento en la restricción de rol en las familias que tenían la posibilidad económica de realizar más actividades relacionadas con el ocio o por las especiales dificultades de conciliación de la vida familiar y laboral en las familias en las que ambos progenitores trabajan fuera de casa.

Por el contrario cuanto menores fueron los ingresos mayores fueron las dificultades en el proceso, lo que debe hacernos revisar esta cuestión en profundidad. O bien existen más dificultades reales para las familias que ponen menos dinero en sus procesos de adopción lo que supondría una señal de alarma frente a la legalidad y limpieza de los procesos de adopción internacional, o bien las dificultades que surgen en todos los casos, son vividas con mayor ansiedad en las familias de menores recursos, por las implicaciones económicas que estas pudieran tener y el mayor esfuerzo económico que supone afrontar el proceso. Al haber encontrado un menor nivel de ingresos entre las familias monoparentales es lógico que también se muestre una relación entre un menor nivel de ingresos y un mayor estrés asociado a la monoparentalidad.

En cuanto al tipo de familia que adopta, los resultados de los estudios sobre la ruptura indican, mayoritariamente, que no existen diferencias en la estabilidad de la adopción entre las familias biparentales y las monoparentales (Barth y cols., 1988; Berástegui, 2003b, Barth y cols., 1988, 1990) aunque Berástegui (2003b) encuentra que las monoparentales se encuentran en una posición intermedia en los niveles de adaptación entre las biparentales con hijos y las que no tenían hijos. En el estudio que nos ocupa las familias biparentales sin hijos (que constituyen un 56,6% de nuestra muestra) vivieron mayor estrés por transición a la parentalidad, mayor aumento de trabajo en el hogar y mayor estrés asociado a la infertilidad que las familias monoparentales (18,8% de las familias) y éstas, a su vez, mostraron mayores dificultades asociadas a la infertilidad que las biparentales con hijos. Las familias biparentales con hijos (24,7%) mostraron mayor estrés asociado a la estigmatización y a las dificultades entre hermanos que el resto de las familias. Por su parte, las familias monoparentales vivieron más estrés por monoparentalidad y mayor desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja que el resto de las familias. Por otro lado, las familias monoparentales buscaron más apoyo social como estrategia de afrontamiento que el resto de las familias y las biparentales sin hijos monitorizaron más a sus menores que las biparentales con hijos. Podemos observar, en este sentido, que la configuración de parte de los retos que supone la adop-

ción y de las estrategias de afrontamiento puestas en marcha son diferentes en función del tipo de familia. Sin embargo, no encontramos diferencias entre esta variable y la adaptación familiar.

La edad media de los progenitores se sitúa en 45,17 años con una desviación típica de 5,7 años. Las edades de los progenitores se sitúan en un rango entre los 30 y los 71 años. Este último dato nos hace cuestionarnos los límites de lo razonable en cuanto a la diferencia de edad entre adoptantes y adoptados y la relación entre la idoneidad y la edad de los padres. Por otra parte, la edad media de los progenitores correlaciona significativamente con la edad del menor ($\rho=0,358$) aunque lo hace más la edad de la madre que la del padre. No hay diferencias en la edad de la madre en las familias monoparentales y las biparentales.

Por lo general en esta muestra la edad de los padres tiene una correlación positiva con factores de protección en la adopción. A mayor edad de los padres se da un menor estrés familiar en general y por transición a la parentalidad adoptiva, menos necesidades especiales, menores dificultades relacionadas con la infertilidad, menor estrés por aumento del trabajo en casa y menos desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja. Además, con la edad de los padres aumentó también la confirmación de expectativas y las expectativas de control y disminuyó la sobrereactividad en las intervenciones educativas, resultados contrarios a los de Berástegui (2003) y más cercanos a los que tienden a atribuir un mejor funcionamiento a los padres mayores (Berry y Barth, 1990; Rosenthal y cols., 1988; Zwimfer, 1983, etc.). La gran mayoría de dichos estudios, hechos con adopciones especiales en Estados Unidos, tienden a explicar estos resultados por la mayor edad media de los padres previamente acogedores, razón que no es atribuible en nuestra muestra. Otros autores han considerado que la mayor edad de los padres cuando llega el primer hijo puede ser un factor de protección para las familias adoptivas frente a las biológicas porque suelen estar más asentados en sus carreras y tener mayor seguridad con lo que estas variables no entrarían en juego en la transición a la parentalidad como lo hacen en las familias más jóvenes (Palacios, 1998). Por otro lado, a pesar de que no se ha podido valorar el efecto del tiempo de convivencia de la pareja por razones metodológicas, las parejas que llevan más tiempo casados pueden tener mayor sensibilidad y comunicación de pareja y esto puede estar muy relacionado con la adaptación familiar (Brodzinsky y Huffman, 1998; Palacios, 1998). En este caso, si la edad de los padres correlaciona tan intensamente con el tiempo de matrimonio como lo hacía en Berástegui (2003b) serían predecibles mejores resultados en las parejas mayores.

La composición de la fratria es quizás una de las variables sociodemográficas más discriminativas del proceso de adaptación adoptiva. Un 72,1% de las familias no tenía hijos biológicos antes de adoptar, un 18,2% tenía algún hijo biológico, un 8,5% algún hijo adoptivo y un 1,2% ambos. La edad del menor asignado fue mayor para las familias que tenían hijos biológicos (6,58 años) que para las que no tenían

hijos (5,38) mientras que para las familias que tenían hijos adoptivos la edad de los menores se situó entre ambos grupos no presentando diferencias significativas. En la mayoría de los casos los hijos previos eran mayores en edad al adoptado (en un 5,5% menos de un año mayor, en un 23% entre uno y tres años mayor, en un 26,1% entre tres y seis años mayor, en un 17,4% entre seis un nueve años mayor y en un 21,7% de los casos entre 9 y 22,19 años mayor). Existe una relación significativa entre la edad de adopción del menor y la diferencia de edad con el hermano inmediatamente anterior ($\rho=0,425$) de manera que a mayor edad del menor también se hacía mayor la diferencia entre hermanos. La mayoría de nuestra muestra no había tenido más hijos tras la adopción y hasta el momento del estudio salvo un caso que había tenido un hijo biológico y nueve que habían vuelto a adoptar. En definitiva, la mayoría de las familias sólo tiene un hijo (50,9%), un 38,8% tiene dos, un 7,3% tiene tres y un 3% más de tres hijos.

En el momento actual, las familias que tenían hijos biológicos previos mostraron mayores problemas sociales, de atención y mayores problemas de conducta en general que los que ya habían adoptado previamente. Además tuvieron un mayor estrés derivado de las dificultades de vinculación, de integración social y escolar, de inserción cultural y de estigmatización que el resto de las familias, más estrés en general que los que ya habían adoptado y más desequilibrio entre los miembros de la pareja que los que no tenían hijos. En cuanto a la evaluación cognitiva de la situación, estas familias mostraron menores expectativas de control y una mayor violación de sus expectativas que el resto de las familias y, por último, unas tasas más bajas de adaptación familiar que las que ya habían adoptado previamente. Todos estos datos concuerdan con los estudios que sitúan a las familias con hijos biológicos en mayor riesgo de ruptura que en el resto de las familias (Berástegui, 2003b; Berry y Barth, 1990; Hoksbergen y cols., 1988; 1997, 1998; Kadushin y Seidl, 1971; Marcovitch y cols., 1997). El hecho de los problemas más estresantes sean los relacionados con la vinculación, la estigmatización y la integración tanto escolar y social como cultural y de que tengan mayores tasas de violación de expectativas apoya la hipótesis de que estas familias pueden estar queriendo repetir las experiencias ya vividas con sus anteriores hijos, experiencias que no concuerdan con la vida con el menor adoptado (Roseboom, 1994). Por otro lado, la hipótesis de que estas peores tasas de adaptación se den por un mayor conflicto entre los hermanos (Ternay y cols., 1985) parece no sostenerse habida cuenta de que no hay más problemas entre hermanos en estas familias que en el resto.

Por otra parte, las familias que no tenían hijos mostraron mayores dificultades de vinculación, de integración social y escolar y de integración cultural que los que ya habían adoptado previamente, menos dificultades entre los hermanos²⁸ que el

²⁸ Se pueden dar dificultades entre hermanos en estas familias cuando adoptan a más de un menor.

resto de las familias y monitorizaron más a sus menores y las familias que ya habían adoptado fueron más laxas que el resto de las familias. Las bajas tasas de estrés de las familias que intentan la adopción por segunda vez frente al resto de familias también apoya la consideración de las adopciones previas como factor de protección en la adaptación familiar (Berry y Barth, 1990; McDonald y cols., 2001; Partridge y cols., 1986).

En cuanto a la motivación que lleva a pensar en la adopción, la mayoría de las familias de la muestra adoptaron por tener problemas biológicos para tener hijos (62,7%). También se manifestó con frecuencia la adopción como compromiso con los más desfavorecidos y el deseo de ser útil para los demás (43,4% y 42,2% respectivamente). Las motivaciones menos frecuentes fueron el deseo de ser padres a pesar de no tener pareja (19,9%) y el deseo de unirse más a la pareja (19,3%).

Tanto el deseo de ser padres a pesar de no tener pareja como la existencia de problemas biológicos para procrear se colocan mayoritariamente como motivación prioritaria cuando se presentan (84,8% y 83,7% respectivamente) mientras que el compromiso con los necesitados, el deseo de ser útil y el deseo de unirse más a la pareja sólo se consideran la motivación prioritaria en un 18,6%, 18,1% y 9,4% de los que expresaron estas motivaciones respectivamente. Tal y como sugería Berástegui (2003b), la motivación solidaria se presenta, fundamentalmente, de modo secundario. En la clasificación aportada en el capítulo de resultados: un 64,6% adoptaron por motivos tradicionales, un 20,12% por motivos preferenciales y un 15,2% por monoparentalidad. Los niños adoptados en familias con motivación tradicional fueron significativamente más jóvenes (5,24 años) que en las familias que adoptaron por motivos preferenciales (5,56 años) no encontrándose diferencias significativas en la edad de los menores adoptados por familias monoparentales y el resto de las familias.

En el momento actual, los hijos de adoptantes tradicionales mostraron mayores problemas de ansiedad que los hijos de familias monoparentales. Quizás estas mayores tasas de estrés se expliquen porque los adoptantes tradicionales encontraron mayor estrés en su transición a la parentalidad, mayores dificultades relacionadas con la infertilidad y un mayor aumento de trabajo en casa que las familias monoparentales. Por su parte, los adoptantes preferenciales mostraron mayores problemas entre hermanos que las monoparentales y mayor estigma asociado a la adopción que las tradicionales, solapándose los resultados con los de las familias con hijos biológicos por coincidir ambas variables en la mayoría de los sujetos. Por último, las familias monoparentales mostraron, como es lógico teniendo en cuenta la propia configuración familiar, un mayor estrés asociado al cuidado en solitario de un menor y menor desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, las familias monoparentales buscaron mayor apoyo social que las familias tradicionales. No se encuentran menos expectativas de control ni más dificultades educativas en las familias que adoptan por motivos tradicionales como ha sugerido parte de la investigación precedente

(Westhues y Cohen, 1990), quizás porque la mayoría de ellas hayan vivido y culminado el proceso de aceptación de la infertilidad y, gracias a ello, tienen estrategias de afrontamiento más efectivas para manejar el estrés (Brodzinsky y Huffman, 1988; Palacios, 1998). Esto también concuerda con los autores que sostienen que la infertilidad en sí no afecta al proceso de adaptación, siempre que esta infertilidad se haya asumido y resuelto adaptativamente (Downs, 1995; McDonald y cols., 1991).

7.3.3. VARIABLES DEL PROCESO

Un 25,6% de las familias no recibieron ningún tipo de formación de manera previa a la adopción, un 13,4% se habían formado a través del IMMF y un 59,8% se había formado con su ECAI. Prácticamente no existen diferencias en la dinámica familiar de los que recibieron formación y los que no lo hicieron. Tan sólo los formados por el IMMF mostraron menores niveles de estrés asociado a los problemas entre hermanos y los formados por sus ECAIs mostraron un cambio más positivo en la los problemas sociales y agresivos de sus hijos que los que no recibieron formación. No se encuentra que las familias más formadas tengan mayor preparación para la transición a la parentalidad adoptiva que las que no han sido formadas ni que haya un sesgo hacia las familias más preparadas como propone Palacios (1998). En los procesos anteriores a la implantación de la formación pre-adoptiva obligatoria en la Comunidad de Madrid, evaluados mayoritariamente en nuestra muestra, la poca efectividad de la formación es alarmante. Queda, sin embargo, pendiente una revisión en profundidad de la efectividad de los procesos de formación promovidos por el IMMF con carácter obligatorio en los procesos que se iniciaron a partir de 2001 (Núñez, 2004).

En cuanto a la idoneidad, un 39,9% de las familias realizaron el proceso de idoneidad a través del IMMF y un 60,1% de ellas lo hicieron a través del TIPAI. Tampoco encontramos diferencias en las variables familiares en función de la entidad que realizó los informes de idoneidad a excepción del estrés derivado de las necesidades especiales del menor en el que los valorados por el IMMF puntuaron más bajo que los valorados por el TIPAI.

Un 19,8% de las adopciones fueron tramitadas de manera independiente y un 79,0% a través de una ECAI. Además, un 1,2% de las adopciones dicen haber sido realizadas a través de intermediarios del país de origen con entidades no acreditadas. Existen diferencias en la edad media de los menores en función de las entidades pero las diferentes variables que entran en juego en las entidades hacen que, a pesar de haberlo considerado en el estudio, entendamos que se necesita un análisis independiente por lo que los resultados se presentan en un anexo a la espera de ser analizados con más detenimiento.

Los procesos de adopción duraron entre uno y tres años para la mayoría de las familias (61,3%). Un 10,9% de las adopciones tardaron menos de un año en

tramitarse mientras que un 14,5% tardaron entre tres y cuatro años, un 9,1% entre cuatro y cinco y un 4,2% más de cinco años. El tiempo de tramitación no presenta ninguna relación con la edad del niño en el momento de la adopción, contradiciendo uno de los mitos de la adopción internacional que es que cuanto más dura el proceso más tiempo pasan los niños en los orfanatos (Adroher y Berástegui, 2000). Cuanto mayor fue el tiempo de tramitación mayores fueron los problemas de ansiedad de los menores tras el proceso de adaptación, pero no más al inicio de la convivencia por lo que la ansiedad acumulada por los padres en procesos largos y tediosos puede estar influyendo en el ambiente familiar posterior a la adopción.

7.4. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

A la hora de valorar la validez de las aportaciones de este estudio habría que tener en cuenta algunas dificultades metodológicas que pueden estar influyendo en la dirección de los resultados. En las revisiones precedentes, los temas prioritarios a valorar en cuanto a la metodología de los estudios sobre adopción han sido las diferencias en la composición de las muestras, el sesgo clínico atribuido a los adoptantes, la selección de los grupos de comparación y las dificultades inherentes a los estudios transversales (Borders y cols.,1998; Haugaard, 1998).

a) Composición de las muestras

En primer lugar, el estudio se centra en la adaptación de niños adoptados con más de tres años de edad que no es la muestra mayoritaria. Según Haugaard (1998) los estudios que cuentan con niños mayores tienden a sobredimensionar el riesgo asociado a la adopción por lo que, en la lectura de los datos, habrá que tener en cuenta que no caracteriza el comportamiento ni la adaptación de los adoptados internacionales en general sino tan sólo de los menores adoptados a partir de su etapa preescolar. Aún con esta restricción en la edad de la muestra, la variabilidad de la misma con respecto a la edad sigue siendo muy importante. A pesar de que las variables implicadas en el proceso de estrés y afrontamiento vayan a ser similares en la adopción de todos los menores no podemos explicar la adaptación de niños en su primera infancia a través de las dimensiones que han resultado relevantes en nuestra muestra, lo que exige un estudio particularizado.

Por otro lado, la mayor dificultad de este tipo de estudios es el acceso a un gran número de familias por lo que el envío del cuestionario a todos los adoptantes internacionales de niños mayores de tres años en un periodo determinado, es uno de los mayores valores de este estudio, valor que debe ser agradecido a la colaboración

del IMMF. Las tasas de respuesta han sido bastante elevadas (27,8% de la población objeto de estudio) y podríamos decir que la implicación del colectivo con la investigación ha sido ejemplar. En este sentido la motivación de los padres parece muy alta habida cuenta del 56,7% de los padres que aportaron sus datos personales para colaborar en futuros estudios relacionados con la misma temática. A pesar de que el número de padres que contestaron fue alto el tamaño muestral no es suficiente para estudiar con fiabilidad la variabilidad de las puntuaciones extremas, con lo cual no podemos hacer estudios diferenciados del adoptado “medio” y el adoptado “especialmente vulnerable”, que podrían ser útiles para el establecimiento de las diferencias entre las experiencias normativas y las experiencias extremas en adopción internacional (Borders y cols., 1998; Miller y cols., 2000).

Sin embargo, la mayor ventaja de este estudio puede representar también su mayor peligro por la importancia que tienen en este tipo de metodologías los sesgos de autoselección (Miller y cols., 2000). Los sentimientos de los padres durante el proceso de adopción puede afectar su disponibilidad a participar en proyectos de investigación, especialmente cuando están patrocinados por la administración, dependiendo de cómo perciban el sistema de protección infantil como de apoyo o no (Serbin, 1997). Este sesgo podría suponer que contestaran sólo los padres más motivados, más implicados en las redes de apoyo o, por el contrario, los más necesitados de orientación y apoyo sesgando en ambos casos los resultados (Miller y cols., 2000). En el análisis de la representatividad de la muestra encontramos algunos sesgos como, por ejemplo, la mayor tendencia a responder de las familias monoparentales frente a las biparentales. Sin embargo, no se encontraron diferencias con respecto a la edad, el país de adopción o la entidad que tramitó la adopción.

b) Sesgo clínico

Son varios los autores que han encontrado cierto sesgo en los padres adoptantes a considerar la conducta sus hijos adoptados como patológica y sus conductas como graves (Ingersol, 1997; Mulcare y Aguinis, 1999; Warren, 1992) por lo que la metodología del autoinforme de los padres en la recogida de datos también podría estar sesgando nuestros resultados. Este dato debe hacernos valorar con cuidado la relación entre estrés y problemas de conducta en el modelo porque, al igual que los mayores problemas de conducta al inicio de la convivencia complican el estrés que vive la familia, también puede darse que las familias más estresadas tiendan a percibir la conducta de sus menores como más problemática y a estar hipervigilantes con respecto a su conducta actual. Parte de estos sesgos podrían reducirse observando directamente a los niños como hicieron Levy-Shiff y cols. (1997) aunque la percepción de los padres sobre el proceso siempre será una variable a evaluar.

Por otro lado, este sesgo en el tipo de respuestas podría estar ligado a si el informador es el padre o la madre. En nuestra muestra contesta mayoritariamente la madre (65,4%), tal y como sucede en la mayoría de los estudios sobre adopción (McDonald y cols., 2001; Rosenthal y Groze, 1994). Encontramos que las madres relatan mayores problemas de ansiedad y mayores problemas internalizantes de los menores al inicio de la convivencia que los padres o que los que son contestados por ambos, sesgo que no se mantiene en los problemas actuales de conducta lo que puede deberse a que ellas, o bien tengan un recuerdo más preciso de los primeros momentos o bien que presten más atención a la conducta internalizante de los menores a pesar de ser problemáticas menos disruptivas. Estos datos contrastan con los de Borders y cols. (1998) que no encuentra diferencias en la conducta de los menores en función del progenitor que responde.

También vemos que los cuestionarios que son contestados por el padre y la madre juntos muestran menores problemas en el proceso que los que son contestados sólo por uno de los dos. Puede ser que las dificultades del proceso hayan sido más difícilmente salvables para las familias con igual grado de implicación en la adopción como sugieren Levy-Shiff y cols. (1997) pero también podría explicarse a la inversa de manera que las familias que están más contentas con el proceso también estén más implicadas con el mundo de la adopción y deseen colaborar ambos.

También encontramos diferencias en las estrategias de afrontamiento que dicen utilizar unos y otros (aunque se les pide que den respuestas sobre lo que hace la familia) mostrando las madres más recursos en general, buscando mayor apoyo social, mayor movilización familiar para conseguir apoyo y mayor búsqueda de apoyo espiritual que las familias en las que contesta el padre, tendencia que también se da en población normativa (Ruano y Serra, 2001). Por el contrario, las familias en las que contesta el padre muestran estilos educativos más laxos que en las que contesta la madre. No encontramos mayores tasas de adaptación familiar en función del progenitor que responde, en contra de lo propuesto por McDonald y cols. (2001). Estas diferencias deben ser tenidas en cuenta, especialmente porque algunos autores destacan que las variables familiares tenían más influencia en la ruptura de la adopción según eran relatadas por el padre y menos por la madre (Westhues y Cohen, 1990).

c) Selección de grupos control

El objetivo de nuestro estudio no era comparar el funcionamiento de los adoptados con el de los no adoptados sino saber cómo funcionan estos en función de las dinámicas puestas en marcha por las familias que los adoptan independientemente de sus similitudes o diferencias con la población normativa. Por otro lado, hay autores que ponen en cuestión la posibilidad de equiparar realmente un grupo de adoptados a uno de no adoptados por la complejidad de las variables implica-

das (Serbin, 1997). Estas razones hacen que no se haya utilizado un grupo control en el estudio. Sin embargo, esta opción puede suponer una merma en la validez de nuestro estudio por no saber si se dan todos los valores posibles de las variables implicadas (León y Montero, 1997).

d) Peligros del estudio de corte transversal

Probablemente, la mayor dificultad metodológica que asume este estudio es la recogida de todas las variables del proceso que, por definición, se dan secuencialmente en el tiempo, en un mismo momento. En este sentido, las variables que consideramos finales en nuestro estudio podrían estar siendo la causa de que los sujetos contesten de determinada manera a las que consideramos iniciales por lo que la adaptación familiar podría estar influyendo en las fuentes de estrés o la conducta del niño tal y como es percibida en la actualidad con el recuerdo de su conducta al inicio de la convivencia. Por ejemplo, Wierzbicki (1993) advierte de que cuanto más subjetivas son las puntuaciones tienden a aumentar más los problemas relatados por los adoptantes, especialmente en el área internalizante por lo que los mayores problemas internalizantes de los menores al inicio de la convivencia podrían estar relacionados con el carácter subjetivo del recuerdo.

En este sentido, el modelo ganaría en validez a través de una recogida de datos longitudinal. Sería importante poder contar con medidas estandarizadas del funcionamiento de los menores y las familias a través del tiempo, tal y como se hace en los protocolos de seguimiento de otros países, para que estos estudios longitudinales no tuvieran grandes sesgos muestrales.

Por otro lado, los resultados de este estudio no dan cuenta de la adaptación total de los adoptados sino, simplemente, de la culminación del proceso de adaptación inicial que abrirá paso a nuevos retos, dificultades y recursos. Esto quiere decir que el hecho de que algunos problemas no se den en los niños en el momento de medirlos no quiere decir que se haya eliminado el riesgo de sufrirlos más adelante. En este sentido, los problemas de conducta pueden estar relacionados con la edad actual de los menores y no sólo con su edad de adopción, de tal manera que la expresión de dichos problemas no aparecerá hasta determinada edad (Verhulst y cols.,1990) lo que exige que el control de la edad actual del menor tenga que ser tomado en cuenta con más detenimiento en próximas investigaciones.

7.5. SUGERENCIAS PARA PRÓXIMAS INVESTIGACIONES

A pesar de las dificultades metodológicas mencionadas, es importante valorar la aportación que supone este estudio a la comprensión de las dinámicas familiares que están en la base de los procesos de adaptación familiar a la adopción inter-

nacional y de cómo la familia puede contribuir a mitigar los riesgos asociados a una historia temprana de abandono y privaciones. Sin embargo, los objetivos de este estudio sólo serán alcanzados plenamente en futuras investigaciones que maticen y complementen los resultados encontrados.

En este sentido será fundamental poder aplicar el esquema de adaptación familiar a la adopción a otras etapas evolutivas del ciclo de vida familiar (Deacon, 1997) como la comunicación con el adoptado acerca de sus orígenes o la entrada en la adolescencia.

Por otro lado, el esquema teórico debería ser completado incluyendo la dinámica atribucional de los padres que ya ha sido valorado en profundidad en las adopciones nacionales de niños con necesidades especiales (Fernández, 2000, Fuentes y cols., 2000). Quizás la falta de preparación e información de los padres les lleva a explicar los problemas utilizando ideas innatistas como la no reversibilidad del comportamiento infantil, lo que implica a afrontar las situaciones conflictivas realizando atribuciones negativas y desarrollando expectativas inadecuadas que interfieren con la adaptación.

En tercer lugar y dada la importancia de la integración escolar en el proceso de adaptación familiar y del menor exige un estudio en profundidad de las dinámicas de adaptación de los adoptados internacionales mayores de tres años al sistema escolar.

Por último, los resultados de esta investigación destacan la importancia de las expectativas en el proceso de adaptación familiar. Será prioritario estudiar la efectividad de los procesos de formación y valoración de padres, así como los servicios postadoptivos, en adecuar estas expectativas a la realidad de los menores que, actualmente, están necesitados de una familia.

7.6. CONSIDERACIONES FINALES

Las aportaciones más relevantes de esta investigación a la comprensión del funcionamiento de los menores adoptados internacionalmente durante el periodo de adaptación inicial a la familia se podrían resumir en los siguientes puntos:

1. Los menores llegan con niveles de problemas de conducta por encima de los esperables para su sexo y edad. Esto es especialmente cierto para los varones y para los niños procedentes de Europa del Este por las especiales condiciones de privación afectiva que se dan en sus sistemas de protección. A pesar de ello, la conducta del menor evoluciona positivamente a raíz de su convivencia con la familia, de modo que la mayoría de los menores alcanzan un nivel de adaptación normalizados tras el periodo inicial de adaptación mutua.

2. Los patrones de adaptación del menor están explicados en una proporción muy relevante por el proceso de adaptación de la familia a la adopción internacional. En este sentido unas bajas tasas de estrés, una percepción positiva de la situación (en términos de control, confirmación de expectativas y reestructuración positiva) una mayor adaptación familiar, así como unos bajos niveles de sobrereactividad en las intervenciones educativas de los padres, interactúan para mejorar los niveles de adaptación del niño. Son destacables los altos niveles de adaptación de las familias de nuestra muestra y el hecho de que el efecto del estrés sobre la adaptación familiar se de, prioritariamente, mediado por la percepción familiar del proceso.
3. Son pocas las variables sociodemográficas que, de manera previa a la adopción, pueden predecir con un grado razonable de fiabilidad peores dinámicas de adaptación en la familia. La variable más relacionada con un descenso en las dinámicas preventivas es la presencia de hijos previos en la familia. Por el contrario, el hecho de que la familia sea monoparental no parece interferir en los procesos de estrés y afrontamiento familiares salvo por una mayor búsqueda de apoyo social de estas familias.

Lisa Serbin (1997) en sus consideraciones acerca del estudio de las adopciones truncadas considera que, en este campo, siempre es posible ver el vaso medio lleno o medio vacío dependiendo de la perspectiva teórica, las opiniones y los sesgos del investigador. En este sentido, esta investigación aporta una gota más al vaso de la adopción. Por un lado, la evolución de los menores en sus nuevas familias es, si no espectacular en sus proporciones, sí enormemente importante en su significado. Que niños que han iniciado los pasos de su desarrollo en ambientes tan desfavorecidos puedan reconducir su evolución como lo hacen los menores de nuestra muestra, dice mucho de la capacidad del ser humano de reaprender, reconstruirse y volver a empezar. Esta realidad tiene una gran relevancia teórica y aplicaciones importantes para la política social en distintas áreas relacionadas con la infancia (Serbin, 1997). Por otro lado, la visión que se ofrece sobre la mayoría de las familias adoptantes es también enormemente rica y positiva, y contrarresta las expuestas por otros estudios más centrados en las familias menos exitosas (Berástegui, 2003b). En este sentido, será importante centrarse en la resiliencia de las familias adoptivas y sus grandes capacidades de acogida y adaptación, en lugar de psicopatologizarla, actitud ya destacada por O'Brian y Kamostny (2003). Los adoptantes serán los principales aliados del sistema de protección de menores en su tarea de proporcionar a los niños un entorno seguro y estable de desarrollo. Por ello, los procesos de adopción deberían colocarlos en una posición activa y bien informada lo que facilitaría el cumplimiento eficaz de sus funciones.

La perspectiva de estudio que asume esta investigación ofrece un punto de vista muy prometedor no sólo frente a las adopciones etiquetadas como especia-

les. Podemos entender, como apunta Malcom Hill (2002) refiriéndose a los acogimientos, que cualquier niño que necesita ser adoptado es, de algún modo, un niño con necesidades especiales. Por ello consideramos que acompañando a la idea de que todo niño es adoptable deberían asumirse dos convicciones fundamentales que tendrán que derivar en compromisos prácticos: las nuevas demandas que la inclusión de un menor con necesidades especiales plantea en la familia pueden hacer que ésta entre en crisis y, por lo tanto y en segundo lugar, determinadas familias necesitarán ayuda post-adoptiva para asumir esta crisis. (Hartman, 1984). Será, para ello, imprescindible investigar y comprender cada vez con mayor profundidad, los factores implicados en el surgimiento y desarrollo de estas crisis para planificar adecuadamente los apoyos más eficaces en esta etapa. En este sentido se destaca la importancia de la preparación de los padres y la adecuación de sus expectativas a la realidad de la adopción de manera preadoptiva y el apoyo postadoptivo, especialmente dirigido a los padres que adoptan internacionalmente niños de mayor edad o con necesidades especiales (Palacios, 1998). Por supuesto también habría que preparar a los menores para la nueva experiencia, importancia que se ha destacado en el acogimiento preadoptivo nacional (Fernández, González, Goicoechea y cols., 2001) pero que habrá que promover a nivel internacional.

En definitiva, los poderes públicos tendrán que poner todos los medios a su alcance a nivel local, regional, nacional e internacional para que, con las debidas garantías a los derechos del menor, se pueda ofrecer una familia eficaz y acogedora a todo niño que lo necesite:

“Esta responsabilidad implica el compromiso de actuar con soluciones íntegras, sin dejar colgada en el espacio ninguna situación que comprometa el futuro de un solo niño llenándolo de soledad y frustraciones. Se necesita ser libres para aceptar a otro ser humano, amarlo tal cual es y defenderlo. La falta de prejuicios en esta problemática es la garantía de tratamiento objetivo, así no tendrán cabida los miedos en la búsqueda de lo mejor para los pequeños que esperan” (Caselli, 1986; pag. 5).

REFERENCIAS

- Abelló, L. (1997) La adopción y los medios de comunicación. *Jornadas sobre adopción internacional*. Madrid 5, 6 y 7 de noviembre de 1997.
- Abidin, R.R. (1986). *Parenting Stress Index (PSI) Manual (2nd Edition)*. Charlottesville, V.A.: Pediatric Psychology Press.
- Abidin, R.R. (1990a). *Parenting stress index-manual* (3rd ed.) Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Abidin, R.R. (1990b). Introduction to the special issue: the stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (4), 298-301.
- Abidin, R.R. (1992a). Parenting stress and the utilization of pediatric services. *Children's Health Care*, 2, 70-73.
- Abidin, R. R. (1992b). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21 (4), 407-412.
- Abidin, R. R., y Burke, W.T. (1978). The development of the Parenting Stress Index. *Annual meeting of the American Psychological Association*. Toronto, 1978.
- Abidin, R.R., Jenkins, C.L. y McGaughey, M.C. (1992). The relationship of early family variables to children subsequent behavioral adjustment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21 (1), 60-69.
- Achembach, T. (2000). <http://ASEBA.uvm.edu>
- Achembach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behaviour Check-list/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achembach, T.S. y Edelbrock, C.S. (1983): *Manual for the child behavior checklist and revised behavior profile*. Burlington VT: Queen city printer.
- Adroher, S. (1998). La adopción internacional: una aproximación general. En. J. Rodríguez Torrente (Ed.). "El menor y la familia: conflictos e implicaciones" (pp. 229-304). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

- Adroher, S. y Assiego, V. (2001). La adopción internacional. En I. Lázaro (coord.), *Los Menores en el Derecho Español* (pp.407-455). Madrid: Tecnos.
- Adroher, S. y Berástegui, A. (2000). Adopción internacional: una nueva migración. *Migraciones*, 8, 251-284.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E.; y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hilddale, NJ.: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Albadalejo, M. (2002). *Curso de Derecho Civil IV. Derecho de Familia*. Barcelona: Bosch.
- Albers, L., Johnson, D., Hostetter, M., Iverson, S. y Miller, L. (1997) Health of children adopted from the former Soviet Union and Eastern Europe. *Journal of the American Medical Association*, 278, 922-924.
- Allué, X. (2000). Adopciones transnacionales. Cuestiones médicas y éticas. *Anales Españoles de Pediatría*, 53 (1), 21-24.
- American Society for Reproductive Medicine (1996). Stress and Infertility. *Fact Sheet*. Disponible en <http://www.asrm.org>.
- Amorós, P. (1987): *La adopción y el acogimiento familiar. Una perspectiva socio-educativa*. Madrid: Narcea
- Anderson, S., Piantanide, M. y Anderson, C. (1993). Normal proceses in adoptive families. En F. Walsh: *Normal Family Processes* (pp. 254-281). New York: Guilford.
- Andresen, I.L.K. (1992). Behavioral and school adjustment of 12-13 year old internationally adopted children in Norway: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 427-439.
- Andujo, E. (1988) Ethnic identity of transethnically adopted Hispanic adolescents. *Social Work*, 33, 531-535.
- Argent, H. (1984). *Find me a family*. London: Souvenir Press.
- Armengol, M., Campmany, V., Cruells, E., Fernández, R., Pasamon, S. y Puig, O. (1996). La actitud de los ciudadanos en torno a la adopción. *Anuario de Psicología*, 71, 137-138.
- Arnold, D.S., O'Leary, S.G., Wolf, L.S. y Acker, M.M. (1993): The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting and discipline situations. *Psychological Assessment*, 5, 137-144.
- Bagley, C. (1993). Transracial adoption in Britain: a follow-up study, with policy considerations. *Child Welfare*, 72, 285-299.
- Barrio, V. (1998): Educación y nuevos tipos de familia. *Psicología Educativa*, 4 (1), 23-47.
- Barth, R. (1991). Adoption of Drug-Exposed Children. *Children and Youth Services Review*, 13 (5-6), 323-342.
- Barth, R.P. (1995): Adoption services. En R.L. Edwards (Ed.), *Encyclopedia of social work* (19th ed.), vol 1 (pp. 48-59). Washington, DC: NASW Press.
- Barth, R., Berry, M., Yoshikami, R., Goodfield, R. y Carson. (1988): Predicting adoption disruption. *Social Work*, 33 (3), 227-233.

- Barth, R.P. y Brooks, D. (1997): A longitudinal study of family size and adoption outcomes. *Adoption Quarterly*, 1 (1), 29-56
- Barth, R. y Miller, J. (2000): Building effective post adoption services: what's empirical foundation. *Family Relations*, 49 (4), 447-456
- Bartholet, E. (1993a). International Adoption: Current Status and Future prospects. *The Future of Children*, 3 (1), 89-103
- Bartholet, E. (1993b): *Family bonds: adoption and the politics of parenting*. Boston: Houghton Mifflin.
- Bass, C. (1976). Matchmaker-matchmaker: Older-child adoption failures. *Child Welfare*, 54, 505-512.
- Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., O'Connor, T.G., Ruter, M. y ERA Study Team (2003) Health problems in children adopted from Romania: Association with Duration of deprivation and behavioural problems. *Adoption and fostering*, 27 (4), 19-29.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Belsky, J., Crnic, K. y Woodworth, Sh. (1995). Personality and parenting: exploring the mediating role of transient mood and daily hassels. *Journal of Personality*, 63 (4), 905-930.
- Belsky, J. e Isabella, R.A. (1988). Maternal, infant and social-contextual determinants of attachment security. En J. Belsky y T. Nezworsky (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp.41-94). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Belsky, J., Lang, M.E. y Rovine, M. (1985). Stability and change in marriage across the transition to parenthood: a second study. *Journal of Marriage and Family*, 47 (4), 855-866.
- Benazon, N., Wright, J. y Sabourin, S. (1992). Stress, sexual satisfaction and marital adjustment in infertile couples. *Journal of sex and marital Therapy*, 19 (4), 273-284
- Benson, E.L., Sharma, A.R. y Roehlkepartain, E.C. (1994). *Growing up adopted: a portrait of adolescents and their families*. Minneapolis, MN: Search Institute.
- Bentler, P.M. (1980). Multivariate análisis with latent variables: causal modelling. *Annual Review of Psychology*, 31: 419-456.
- Benton, B.B., Kaye, E. y Tipton, M. (1985). *Evaluation of state activities regard to adoption disruption*. Washington, Dc: Urgan Systems Research and Enginnering.
- Berástegui, A. (2000). Familia y Derechos Humanos: La adopción internacional en el contexto iberoamericano. *V Congreso Iberoamericano sobre Familia*. Madrid 19-22 de septiembre de 2000.
- Berástegui, A. (2002). *La adopción internacional*. Memoria para la obtención del DEA. Instituto Universitario de la Familia. Universidad Pontificia Comillas (Documento sin publicar).

- Berástegui, A. (2003a). Adopción intercultural: diferencias étnico-culturales en el seno de la familia. En D. Borobio (Ed). *Familia e Interculturalidad* (pp. 229-252). Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- Berástegui, A. (2003b): *Adopciones Truncadas y en Riesgo en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Berg-Kelly, K. y Eriksson, J (1997). Adaptation of adopted foreign children at mid-adolescence as indicated by aspects of health and risk taking –a population study. *European Child and adolescent psychiatry*, 6, 199-206.
- Berntsen, M. y Eigeland, S. (1987): *Utenlandsadopterte barn and overgang til nytt sprak. Hovedfagsoppgave (Children adopted from foreign countries and their transition to a new language)*, Statens spesiallaererhøgskole (The Norwegian Postgraduate College of Special Education), Hosle, Norway.
- Berry, M. (1991). The practice of open adoption: Findings from a study of 1,396 families. *Children and Youth Services Review*, 13, 379-395.
- Berry, M. y Barth, R. (1989): Behavioral problems of children adopted when older. *Children and Youth Services Review*, 11 (3), 221-238
- Berry, M. y Barth, R.P. (1990). A study of disrupted adoptive placements of adolescents. *Child Welfare*, 69, 209-225.
- Bimmel, N., Juffer, F., Van Ijzendoorn, M.H., Bekermans-Kranenburg, M.J. (2003). Problem behavior of Internationally adopted adolescents: a review and meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 11(2), 64-78.
- Blum, L.H. (1983). Adoptive parents: Generative conflict and generational continuity. *Psychoanalytic Study of the Child*, 38, 141-163.
- Bohman, M. (1970). *Adopted children and their families: a follow-up study of adopted children, their background environment, and adjustment*. Stockholm: proprius.
- Bohman, M., Cloninger, C.R., Sigvardsson, S. y otros (1982). Predisposition to petty criminality in Swedish adoptees: I. Genetic and environmental heterogeneity. *Archives of General Psychiatry* 41, 872-878.
- Bohman, M. y Sigvardsson, S. (1990). Outcome in adoption: Lessons from longitudinal studies. En D.M. Brodzinsky y M. Schechter (Eds) *The psychology of adoption* (pp.93-106). New York: Oxford University Press.
- Boneh, C. (1979): *Disruptions in adoptive placements: a research study*. Boston: MA: Massachusetts Department of Public Welfare, 1979.
- Borders, L.D., Black, L.K., y Pashley, B.K. (1998). Are adopted children and their parents at greater risk for negative outcomes?. *Family Relations*, 47 (3), 237-241.
- Borders, L.D., Penny, J.M. y Portnoy, R. (2000). Adult adoptees and their friends: current functioning and psychosocial well-being. *Family Relations*, 49 (4), 407-419.
- Borgatta, E.F. y Fansel, D. (1965). *Behavioral characteristics of children known to psychiatric outpatient clinics*. New York: Child Welfare League of America.
- Botvar, P.K. (1999). *Norwegian in mind, foreign in looks. Young adoptees' lifestyles and conditions*. Norwegian Lutheran Hospital College Centre.

- Bouza, N. (1987). La nueva Ley 21/1987 de 11 de noviembre sobre adopción y su proyección en el Derecho internacional privado. *RGLJ*, 1987 (II).
- Bowlby, J. (1951). *Maternal Care and Mental Health*. New York: Organización Mundial de la Salud.
- Bowlby, J. (1998): *El apego y la pérdida: vol.I: el apego*. Barcelona: Paidós (orig. 1969)
- Boyne, J., Denby, L., Kettering, W. y Wheeler, W. (1984): *The shadow of succes: a statistical analysis of outcomes of adoptions of hard-to-place children*. Westfield, NJ: Spaulding for Children.
- Brinich, P.M. (1990) Adoption from the inside out. En D. M. Brodzinsky y M.D. Schechter (Eds.) *The Psychology of Adoption* (pp. 42-61). New York: Oxford University Press.
- Brinich, P.M., y Brinich, E.B. (1982): Adoption and adaptation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 489-493.
- Brodzinsky, D.M. (1987a). Adjustment to adoption: a psychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*, 7 (1), 25-47.
- Brodzinsky, D.M. (1987b). Looking at adoption through rose-colored glasses: A critique of Marquis and Detweiler's "Does adoption mean different? an Attributional analysis". *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 394-398.
- Brodzinsky, D.M. (1990): A stress and coping model of adoption adjustment. En D.M. Brodzinsky y M.D. Schechter (Eds.) *The Psychology of Adoption* (pp. 42-61). New York: Oxford University Press.
- Brodzinsky, D.M. (1993). Long-Term Outcomes in Adoption. *Future of children*, 3(1), 153-166. Disponible en www.futureofchildren.org.
- Brodzinsky, D.M y Brodzinsky, A.B. (1992). The impact of family structure on the adjustment of adopted children. *Child Welfare*, 71, 69-75
- Brodzinsky, D.M. y Huffman, L. (1988). Transition to adoptive parenthood. *Marriage and Family Review*, 12 (3-4), 267-286.
- Brodzinsky, D.M., Lang, R. y Smith, D.W. (1995). Parenting adopted children. En M. H. Bornstein (Ed). *Handbook of parenting vol. 3: Status and Social Conditions of parenting* (pp. 209-232). New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass.
- Brodzinsky, D.M., Radice, C., Huffman, L. y Merkler, K. (1987) Prevalence of clinically significant symptomatology in a non-clinical sample of adopted and non-adopted children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 350-356.
- Brodzinsky, D.M., Schechter, M.D., Braff, A.M., y Singer, L.M. (1984). Psychological and academic adjustment in adopted children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 350-356.
- Brodzinsky, D.M.; Smith, D.W. y Brodzinsky, A.B (1998). *Children's adjustment to adoption: Developmental and Clinical Issues*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Brodzinsky, D.M. y Steiger, C. (1991). Prevalence o Adoptees among special education populations. *Journal of Learning disabilities*, 24 (8), 484-489

- Brooks, D., Allen, J. y Barth, R.P. (2002). Adoption services use, helpfulness and need: a comparison of public and private agency and independent adoptive families. *Children and Youth Services Review*, 24 (4), 213-238.
- Brottveit, A. (1999). *I didn't want to look different- identity development, external categorisation and ethnic identity of adoptees from Colombia and Korea*. Norwegian Lutheran Hospital College Center.
- Cadoret, R.J. (1987). Genetic and environmental factors in alcohol abuse and antisocial personality. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 1-8.
- Cadoret, R.J. (1990). Biologic perspectives of adoptee adjustment. En D.M. Brodzinsky y M.D. Schechter (Eds.). *The Psychology of Adoption* (pp. 25-41). New York: Oxford University Press.
- Cadoret, R.J. y Cain, C. A. (1982). Genetic-environmental interaction in adoption studies of antisocial behavior. *Proceedings of the Third World Congress on Biological Psychiatry*. Amsterdam. North Holland: Elsevier.
- Cadoret, R.J., O'Gorman, T.W., Troughton, E. y cols. (1985). Alcoholism and antisocial personality: Interrelationships, genetic and environmental factors. *Archives of General Psychiatry*, 41, 161-167.
- Cadoret, R.J., Troughton, E. y O'Gorman, T.W. (1987). Genetic and environmental factors in alcohol abuse and antisocial personality, *Journal of Studies in Alcohol*, 48, 1-8.
- Cantwell, D. (1975). Genetics of hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 16, 261-264.
- Cantwell, N. (2003). La Adopción Internacional. Un comentario sobre el número de niños "adoptables" y el número de personas que buscan adoptar internacionalmente. *Protección Internacional del Niño. Boletín de los Jueces V.* (disponible en: <http://www.hcch.net/e/conventions/news28e.html>)
- Carter, R. (2000). *The silent crisis: the impact of poverty on children in Eastern Europe and the former Soviet Union*. Londres. The European Children's Trust. (disponible en: <http://www.everychild.org.uk>)
- Caselli, M. (1986). *Cómo se vive "la adopción"*. Buenos Aires: Corregidor.
- Castle, T., Groothues, C., Bredenkamp, D. y cols.. (1999). Effects of qualities of early institutional care on cognitive attainment. *American Journal of Orthopsychiatry* 69: 424-437.
- Cederblad, M., Hook, B., Irhamar, M. y Mercke, A.M. (1999). Mental health in international adoptees as teenagers and young adults: an epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1239-1248.
- Cederblad, M., Irhamer, M., Mercke, A.M. y Norlander, S. (1994). Identity and adaptation on the part of foreign adoptees. *Research on children and the family*, 4.
- Cermak, S. y Groza, V. (1998). Sensory processing problems in postinstitutionalised children. Implications for Social Work. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 15, 5-37.

- Chisholm, K. (1998). A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development*, 69, 1092-1106.
- Chisholm, K., Carter, M.C., Ames, E.W. y Morrison, S.J. (1995). Attachment security and indiscriminately friendly behavior in children adopted from Romanian orphanages. *Development and Psychopathology*, 7, 283-294.
- Clauss, D. y Baxter, S. (1997). Post adoption survey of Russian and Eastern European children. *Roots and Wings Adoption Magazine*, 6, 6-9.
- Cloninger, C.R., Bohman, M. y Sigvardson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse: cross-fostering analysis of adopted med. *Archives of General Psychiatry*, 38, 861-868.
- Cohen, J.S. (1981). *Adoption breakdown with older children*. Toronto: University of Toronto.
- Cohen, J., Coine, J. y Duvall, J. (1993). Adopted and biological children in the clinic: Family, parental, and child characteristics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 545-562.
- Coine, A. y Brown, M.E. (1985). Developmentally disabled children can be adopted. *Child Welfare*, 64, 607-615.
- Cole, E.S. y Donley, K.S. (1990). History, Values, and Placement Policy Issues in Adoption. En D.M. Brodzinsky y M.D. Schechter: *The Psychology of Adoption* (pp.273-294). New York: Oxford University Press.
- Colombo, M., de la Parra, A. y López, I. (1992). Intellectual and physical outcome of children undernourished in early life is influenced by later environmental conditions. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 34, 611-622.
- Colton, M., Heath, A. y Aldgate, J. (1994). Factores que influyen en el rendimiento escolar de los niños en acogimiento familiar. *Intervención psicosocial* 3 (7).
- Crittenden, P., y Ainsworth, M.D.S. (1989). Child maltreatment and attachment theory. En D. Cicchetti y V. Carlson (Eds.) *Child maltreatment* (pp. 432-463). New York: Cambridge University.
- Crowe, R.R. (1984). An adoption study of antisocial personality. *Archives of general psychiatry*, 35, 785-791.
- Cunningham, L., Cadoret, R.J., Loftus, R. y cols. (1975). Studies of adoptees from psychiatrically disturbed biological parents: psychiatric conditions in childhood and adolescence. *British Journal of Psychiatry*, 126, 534-549.
- Dalby, J.T.; Fox, S.L. y Haslan, R. (1982). Adoption and foster care rates in pediatric disorders. *Development and Behavioral Pediatrics*, 3, 61-64.
- Dalen, M. (1995). Learning difficulties among intercountry adopted children. *Nordisk pedagogikk*, 15 (4).
- Dalen, M. (2003). *The state of Knowledge of foreing adoptions: a summary of the results of key international adoption research projects based in Scandinavia*. Disponible en: <http://www.comeunity.com/adoption/adopt/research3.html>

- Dalen, M y Rygvold, A.L. (1999) *How are you doing at school? An analysis of foreing adoptees´ school competence*. Department of Special Needs Education, University of Oslo.
- Dalen, M y Saetersdal, B. (1992) *Utenlandsadopterte barn i Norge. Tilpasning-Oplaering-identitetstvikling (Foreing-adoptees children in Norway. Adaptation-Training-Identity development)*. Doctoral Thesis, Oslo, University of Oslo.
- Dávalos, G. (2002). *Perfil de los solicitantes de Adopción Internacional en la Comunidad de Madrid*. (Documento sin publicar). Madrid: Instituto Universitario de la Familia. Universidad Pontificia Comillas.
- De Geer, B. (1992). *Internationally Adopted Children in Communication. A Developmental Study*. Doctoral thesis Lund University; Departament of Linguistics.
- Deacon, S.A. (1997). Intercountry adoption and the family life cycle. *The American Journal of Family Therapy*, 25 (3), 245-260.
- Deutch, H. (1945). *The psychology of women: a psychoanalytic interpretation* (Vol.2). New York. Gurne and Stratton.
- Deutch, D.K., Swanson, J.M., Bruell, J.H., Cantwell, D.P., Weinberg, F., y Baren , M. (1982). Overrepresentation of adoptees in children with the attention deficit disorder. *Behaviour Genetics*, 12, 231-238
- Dickens, J. (1999). Protecting the rights of the child in Romania: children´s rigts perspectives on Romania´s 1997 child care reforms. *European Journal of Social Work*, 2, 139-150.
- Dickens, J. (2002). The paradox of inter-country adoption: analysing Romania´s experience as a sending country. *International Journal of Social Welfare*, 11, 76-83.
- Dickens, J. y Serghi, C. (2000). Attitudes to child care reform in Romania: findings from a survey of Romanian social workers. *European Journal of Social Work*, 2, 139-150.
- Dickson, L.R., Heffron, W.M. y Parker, C. (1990). Children from disrupted and adoptive homes on an inpatient unit. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 594-602.
- Downs, E. (1995). The resolution of infertility and the acceptance of adoptive reality.
- Dunning, R.W. (1962). A note on adoption among the Sourhampton Island Eskimo. *Man*, 53, 163-168.
- Ellsworth, J.A. y Andersen, C. (1997) Adoption by captive parturient rhesus macaques: biological vs. adopted infants and the cost of being a “twin” and rearing “twins”. *American Journal of Primatology*, 43 (3), 259-264.
- Erich, S. y Leung, P. (1998). Factors contributing to family functioning of adoptive children with special needs: a long term outcome analysis. *Children and Youth Services Review*, 20, 135-150.
- Erich, S. y Leung, P. (2002). The impact of previous type of abuse and sibling adoption upon adoptive families. *Child Abuse and Neglect*, 26, 1045-1058.
- Everet, R. y Schechter, M. (1971). A comparative study of prenatal anxiety in the unwed mother. *Child Psychiatry and Human Development*, 2, 84-91.

- Eysenck, H.J. (1982). *Personality, Genetics and Behavior*. New York: Praeger.
- Fansel, D. (1972). *Far from the reservation*. Metuchen, NJ: Scarecrow
- Feigelman, W. y Silverman, A.R. (1983). *Chosen children: new patterns of adoptive relationships*. New York: Praeger.
- Fergusson, D.M., Lynskey, M. y Horwood, L.J. (1995). The adolescent outcomes of adoption: a 16 year longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 597-615.
- Fernández, M. (2002). Descripción del proceso de adaptación infantil en adopciones especiales. Dificultades y cambios observados por los padres adoptivos. *Anales de Psicología* 18, 151-168.
- Fernández, M.; González A.M.; Goicoechea, M.A.; De la Morena; L.; Quintana, I.; Linero; M.J.; Fuentes; M.J. y Barajas, C. (2001). Preparación y asesoramiento a los niños y niñas en los acogimientos preadoptivos. *Intervención Psicosocial*, 10 (1), 105-115.
- Ferra, P.; Carballo, S.; Guerra, O.; Panades, C.; Roselló, V. y Vano, X. (1995). La crisis en la familia adoptiva, análisis de la práctica clínica de orientación sistémica. *Clínica y Salud*, 6 (1), 7-24.
- Ferrándis, A. (2003): La adopción internacional. En I. Lázaro e I. Mayoral (coords.). *Jornadas sobre derecho de los menores*. (pg. 203-212). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Festinger, T. (1986). *Necessary risk: a study of adoptions and disrupted adoptive placements*. Washington, DC: Child Welfare League of America.
- Festinger, T. (1990): Adoption disruption: rates and correlates. En. D. M. Brodzinsky y M.D. Schechter (Eds.) *The Psychology of Adoption* (pp. 42-61). New York: Oxford University Press
- Festinger, T. (2002): After adoption: dissolution or permanence?. *Child Welfare*, 81(3), 515-533.
- Finley, G.E. y Aguiar, L.J. (2002). The effects of Children on Parents: Adoptee Genetic Dispositions and Adoptive Parent Psychopathology. *The Journal of Genetic Psychology*, 163 (4), 503-506.
- Fisher, A.P. (2003). A Critique of the Portrayal of Adoption in College Textbooks and readers on Families, 1998-2001. *Family Relations*, 52, 154-160.
- Fisher, L., Ames, E.W., Chisholm, K. y Savoie, L. (1997): Problems reported by parents of Romanian orphans adopted to British Columbia. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 67-82.
- Freundlich, M.D. (1998). The case against preadoption genetic testing. *Child Welfare*, 77 (6), 663-680.
- Fuentes, M.J., Gonzalez, A.M., Linero, M.J., Barajas, C., Morena, M.L., Quintana, I., Goicoechea, M.A. y Fernández, M. (2000). Variables familiares que dificultan el acogimiento preadoptivo. Seguimiento y orientación familiar. *Infancia y Aprendizaje*, 24 (2), 147-163.

- Fuertes, J. y Amorós, P. (1996). La práctica de la adopción. En J. de Paul Ochotorena y M.I. Arruabarrena (Eds.), *Manual de Protección infantil*. Barcelona: Masson.
- Gath, A. (1983). Mentally retarded children in substitute and natural families. *Adoption and Fostering*, 7, 35-40.
- Gaviria, J. L. (2003): Claves en la interpretación de resultados en los modelos causales. Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación, Universidad Complutense de Madrid. Disponible en <http://personal.telefonica.terra.es/web/drgaviria/Articulos.htm>
- Geerars, H.C., Hart, H. y Hoksbergen, R.A.C. (1991). [Where do I belong? Adolescent adoptees about adoption, family, problems, out of home placement and future perspectives.] Utrecht, The Netherlands: Utrecht University.
- Geerars, H., Hoksbergen, R.A.C. y Rooda, J. (1995). *Adoptees on their way to adulthood. The integration of 68 adoptees from Thailand in the Dutch society*. Utrecht: Utrecht University, Center for Adoption Studies.
- George, R.M., Howard, E.C. y Yu, D. (1996) *Adoption, disruption and dissolution in the Illinois child welfare system, 1976-1994*. Chicago: Chapin Hall Center for Children.
- Glennen, S. (1999). *Language development in 0 to 3 year olds adopted from Eastern Europe*. Paper presented at the Building Bridges for Adoptive Families International Adoption Conference, University of Houston. Texas.
- Glennen, S. (2002). Lenguaje development and Delay in Internationally Adopted Infants and Toddlers: a review. *American Journal of Speech Language Pathology*, 11, 333-339.
- Glennen, S. y Masters, M.G. (2002). Typical and atypical language development in infants and toddlers adopted from Eastern Europe. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 11, 417-433.
- Glidden, L. M. (1991) Adopted Children with Developmental disabilities: post-placement functioning. *Children and Youth services review*, 13 (5-6), 363-377
- Glidden, L.M. (2000) Adopting Children with developmental disabilities: a long term perspective. *Family Relations*, 49 (4), 397-406.
- Glidden, L.M. y Johnson, V.E. (1999). Twelve years later: Adjustment in families who adopted children with developmental disabilities. *Mental Retardation*, 37, 16-24.
- Glidden, L. M., Valliere, V.N., y Herbert, S.L. (1988). Adopted children with mental retardation: positive family impact. *Mental Retardation*, 26, 119-125.
- Goldberg, D. y Wolkind, S.N. (1992). Patterns of psychiatric disturbance in adopted girls: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 935-940.
- Goldstein, J., Freud, A. y Solnit, A. (1979) *Before the Best Interests of the Child*. Londres: Free Press
- Goodman, J., Silverstein, M.R., y Mandel, W. (1963). Adopted children brought to psychiatric clinics. *Archives of General Psychiatry*, 9, 451-456.

- Greenberg, M.T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. En J. Cassidy y P.R. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp.469-496). New York: Guilford Press.
- Grotevant, H. y McRoy, R. (1990) : Adopted Adolescents in residential treatment : the role of the family. En: D.M. Brodzinsky y M. Schechter (Eds). *The Psychology of adoption* (pp. 167-186). New York: Oxford University Press.
- Grotevant, H. y Mcroy, R. (1997). The Minnesota/Texas adoption research project: Implications of openness in adoption for development and relationships. *Applied Developmental Science*, 1 (4), 168-187.
- Grotevant, H., McRoy, R. y Jenkins (1988). Emotionally disturbed adolescents : Early patterns of family adaptation. I. *Family Process* 27, 439-457.
- Grotevant, H.D.; Ross, N.M.; Marchel, M.A.; McRoy, R.G. (1999): Adaptative behavior in adopted children: predictors from early risk, collaboration in relationships within the adoptive kinship network, and openness arrangements. *Journal of Adolescent Research*, 14 (2); 231-248.
- Groza, V y Ryan, S.D. (2002). Pre-adoption stress and its association with child behavior in domestic special needs and international adoptions. *Psychoneuroendocrinology* , 27, 181-97.
- Groza, V. (1999): Institutionalization, behavior and international adoption. *Journal of Immigrant Health*, 3 (1), 133-143.
- Groze, V. (1991): Adoption and single parents: a review. *Child Welfare*, 70 (3), 321-333.
- Groze, V. (1994). Clinical and nonclinical adoptive families of special-needs children. *Families in Society*, 75, 90-104.
- Groze, V. (1996). *Successful adoptive families: A longitudinal study of special needs adoption*. Westport, CT: Praeger.
- Groze, V. y Gruenewald, A. (1991). PARTNERS: a model program for special-needs adoptive families in stress. *Child Welfare*, 70 (5), 581-589.
- Groze, V. e Ileana, D. (1996): A follow-up study of adopted children from Romania. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 13 (6), 541-565.
- Groze, V.K. y Rosenthal, J.A. (1991). Adoption Outcomes for Children with Handicaps. *Child Welfare*, 70 (6), 623-637.
- Hajal, F., y Rosemberg, B. (1991). The family life cycle in adoptive families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 78-85.
- Harper, J. (1994). Counselling issues in intercountry adoption disruption. *Adoption and fostering*, 18 (2), 20-26.
- Hartman, A., y Laird, J. (1990). Family Treatment after adoption: Common themes. En D.M. Brodzinsky, M.D. Schechter (Eds.) *The Psychology of adoption* (pp. 221-239). New York: Oxford University Press.
- Hartmann, A. (1984). *Working with adoptive families beyond placement*. New York: Child Welfare League of America.

- Haugaard, J. (1998). Is adoption a risk factor for the development of adjustment problems?. *Clinical Psychology Review*, 18 (1), 47-69.
- Haugaard, J.J. y Hazan, C. (2003). Adoption as a natural experiment. *Development and Psychopathology*, 15 (4), 909-927.
- Hendriks, Z. (1995). El papel de las agencias de adopción en su ámbito propio. *Infancia y Sociedad*, 33, 213-218.
- Hene, B. (1988). *Proficiency in a new native language. On investigation of the proficiency in Swedish of intercountry adoptees between 10 and 12 years of age*. Paper nº4, Gothemburg: Department of Linguistics. Gothemburg University.
- Henry, D.L. (1999). Resilience in maltreated children: implications for Special Needs Adoption. *Child Welfare*, 78 (5), 519-531.
- Heston, L.L. (1966). Psychiatric disorders in foster home reared children of schizophrenic mother. *British Journal of Psychiatry*, 112, 1103-1110.
- Hill, M. (2002). El acogimiento familiar de niños con necesidades especiales. *Jornadas de acogimiento familiar de menores: "Un niño, dos familias"*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 24 y 25 de junio de 2002.
- Hill, R. (1949). *Families Under Stress*. New York: Harper and Row.
- Hjern, A., Lindblad, F. y Vinnerljung, B. (2002). Suicide, psychiatric illness and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: a cohort study. *The Lancet*, 360, 443-448
- Hjern, A., Rasmussen, F. y Hedlin, G. (1999). Age at adoption, ethnicity and atopic disorder: a study of internationally adopted young men in Sweden. *Pediatric allergy and immunology*, 10, 101-106.
- Hoksbergen, R.A.C. (1991a). *Adopted children at home and at school: the integration after eight years of 116 Thai children in the Dutch society*. Lisse: Swets and Zeitlinger.
- Hoksbergen, R.A.C. (1991b). Generaciones de padres adoptivos. Cambios en las motivaciones para la adopción. *Infancia y Sociedad*, 12, 26-48
- Hoksbergen, R.A.C. (1997). *Child Adoption: a guidebook for adoptive parents and their advisors*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hoksbergen, R.A.C. (1997a). El campo de la adopción. Un reto para los padres adoptivos y los profesionales implicados. *Jornadas nacionales sobre adopción internacional*. Materiales de Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- Hoksbergen, R.A.C. (1997b). Turmoil for adoptees during their adolescence?. *International journal of behavioural development*, 20 (1), 33-46
- Hoksbergen, R.A.C., Spaan, J.J.T.M. y Waardenburg, B.C. (1988) *Bittere ervaringen: uithuisplaatsingen van buiten landse adoptiekinderen*. Lisse: Swets and Zeitlinger
- Hollingsworth, L.D. (1999). Symbolic interactionism, african american families, and the transracial adoption controversy. *Social Work*, 44 (5), 443-453.
- Hoopes, J.L. (1982). *Prediction in child development: a longitudinal study of adoptive and nonadoptive families*. New York: Child Welfare League of America.

- Hoopes, J.L. (1990). Adoption and identity formation. En: D.M. Brodzinsky y M.D. Schechter (Eds.) *The Psychology of adoption* (pp. 144-166). New York: Oxford University Press.
- Horn, J.M., Green, M., Carney, R. y Erickson, M. (1975). Bias against genetic hypotheses in adoption studies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1365-1367.
- Hostetter, M.K., Iverson, S., Dole, K. y Johnson, D. (1989). Unsuspected Infectious Diseases and Other Medical Diagnoses in the Evaluation of Internationally Adopted Children. *Pediatrics*, 83 (4), 559-565.
- Howard, J. A., y Smith, S. L. (1995): *Adoption preservation in Illinois: Results of a four year study*. Normal, IL: Illinois State University.
- Howe, D. (1997). Parent-reported problems in 211 adopted children. Some risk and protective factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 401-411.
- Hughes, D.A. (1999). Adopting children with attachment problems. *Child Welfare*, 78 (5), 541-561.
- Human Rights Watch (1998) *Abandoned to the state: Cruelty and neglect in Russian orphanages*. N.Y.: Human Rights Watch. (Disponible en <http://www.hrw.org>)
- Ingersoll, B.D. (1997). Psychiatric disorders among adopted children: A review and commentary. *Adoption Quarterly*, 1 (1), 57-73.
- Instituto Nacional de Estadística (2000): *Anuario Estadístico 1999*. INE: Madrid.
- Instituto Universitario de la Familia (2003) *Situación social de la Infancia en España 2001*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Irvine, A. B., Biglan, A., Smolkowski, K. y Ary, D.V. (1999): The value of the Parenting Scale for measuring the discipline practices of parents of middle school children. *Behaviour research and therapy*, 37, 127-142.
- Isabella, R.A. y Belsky, J. (1985). Marital change during the transition to parenthood and security of infant-parent attachment. *Journal of Family Issues*, 6 (4), 505-523.
- Jenista, J. (1997). Russian children and medical records. *Adoption Medical News*, 3 (7), 1-8.
- Johnson, D. (2000). Medical and developmental sequelae of early childhood institutionalisation in Eastern European Adoptees. *The Minnesota Symposium in Child Psychology*, 31, 113-162.
- Johnson, D.E., Albers, L., Iverson, S., Mathers, M., Dole, K., Georgieff, M., Hostetter, M. y Miller, L. (1996). Health status of Eastern European Orphans referred for adoption. *Pediatric Research*, 39 (4), 135.
- Johnson, D. y Dole, K. (1999). International adoptions. Implications for early intervention. *Infants and Young Children*, 11 (4), 34-45
- Johnson, D. y Fein, E. (1991). The Concept of Attachment : Applications to adoption. *Children and Youth Services Review*, 13 (5-6), 397-412.
- Johnson, P. R., Shireman, J. F. y Watson, K. W. (1987) Transracial adoption and the development of black identity at age eighth. *Child Welfare*, 66, 45-55.
- Judge, S.L. (1999). Eastern European adoptions. Current Status and Implications for Intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19 (4), 244-253.

- Juffer, F. y Rosenboom, L. (1997). Infant-Mother attachment on internationally adopted children in the Netherlands. *International Journal of Behavioral Development*, 20 (1), 93-107.
- Kadushin, A. (1980): *Child Welfare services (3rd edition)*. New York: Mcmillan.
- Kadushin, A. y Seidl, F. W. (1971). Adoption Failure: A Social Work Postmortem. *Social Work*, 16 (3), 32-38.
- Kagan, R.M. y Reid, W.M. (1986). Critical factors in the adoption of emotionally disturbed youth. *Child Welfare*, 65, 63-74.
- Kasprzak, C.J. (1999). Multisystemic theory of post adoption services and treatment: A program design. Dissertation Abstracts International: Section B: *The Sciences & Engineering* 60 (3-B), Sept. 1999. p. 1303.
- Kaye, K. (1990). Acknowledgment or rejection of differences?. En: D.M. Brodzinsky y M.D. Schechter (Eds). *The Psychology of adoption* (pp.121-143). New York: Oxford University Press.
- Kim, W.J. (1995). International adoption: a case review of Korean children. *Child Psychiatry and Human Development*, 25, 141-154.
- Kim, W.J., Davenport, C.; Joseph, J., Zrull, J. y Woolford, E. (1988). Psychiatric disorder and juvenile delinquency in adopted children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 111-115.
- Kim, W.J., Shin, Y.J. y Carey, M. (1999). Comparison fo Korean-American adoptees and biological children of their adoptive parents: a pilot study. *Child Psychiatry and Human Development*, 29 (3), 221-228.
- Kirk, H.D. (1964). *Shared fate*. New York: Free Press.
- Kirk, H.D. (1981). *Adoptive kinship – A modern institution is in need of reform*. Toronto: Butterworth.
- Kirschner, D. y Nagle, L.S. (1995). Antisocial behaviour in adoptees: patterns and dynamics. *Child and Adolescent Social Work* 5, 300-314.
- Klauss, M.H. y Kennell, J.H. (1976). *Maternal Infant Bonding*. St. Louis: Mosby.
- Koop, C.B. (1983). Risk factors in development. En P. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol.2. Infancy and developmental psychology*. New York: Wiley.
- Kotsopoulos, S., Cote, A., Joseph, L. y cols. (1988). Psychiatric disorders in adopted children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 608-612.
- Kramer, L. y Houston, D. (1998): Supporting families as they adopt children with special needs. *Family Relations*, 47 (4), 423-433.
- Lacruz, J.L., Sancho, F.; Luna, A.; Rivero, F.; Rams, J. (1997). *Elementos de derecho civil IV. Derecho de Familia*. Barcelona: Bosch.
- Lahti, J. (1982). A follow-up study of foster children in permanent placements. *Social Services Review*, 56, 556-571.
- Lasarte, C. (1997). *Principios de Derecho Civil. Tomo IV. Derecho de Familia*. Tecnos: Madrid.

- Lavee, Y., McCubbin, H. y Pashley, J. (1998): En. H.I. McCubbin, E.A. Thompson, A.I. Thompson y Fromer, J.E. (Eds.), *Stress, Coping, and Health in Families Sense of Coherence and Resiliency*. Thousand Oaks, CA. Sage Publications.
- Lavee, Y., McCubbin, H.I. y Patterson, J.M. (1985). The Double ABCX model of Family Stress and Adaptation: An Empirical Test by Analysis of Structural Equations with Latent Variables. *Journal of Marriage and the Family*, 47 (4), 811-825.
- Lavee, Y. y Sharlin, Sh. (1996). The effect of parenting stress on marital quality. An integrated mother-father model. *Journal of Family Issues*, 17, 114-135.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca (Orig. 1984)
- Lebner, A. (2000). Genetic Mysteries and international adoption: the cultural impact of biomedical technologies on the adoptive family experience. *Family Relations*, 49 (4), 371-378.
- León, G. y Montero, I. (1997). *Diseño de investigaciones: introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación*. Madrid: McGrawHill.
- Leung, P. y Erich, S. (2002) Family functioning of adoptive children with special needs: Implications of familial supports and child characteristics. *Children and Youth Services review*, 24 (11), 799-816.
- Levy-Shiff, R. (2001). Psychological adjustment of adoptees in adulthood: family environment and adoption-related correlates. *International Journal of Behavioral development*, 25 (2), 97-104.
- Levy-Shiff, R., Bar, O., y Har Even, D. (1990). Psychological adjustment of adoptive parents-to-be. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 258-267.
- Levy-Shiff, R., Zoran, N. y Shulman, S. (1997). International and Domestic Adoption: Child, Parents and Family Adjustment. *International Journal of Behavioral Development*, 20 (1), 109-129.
- Lighthburn, A. y Smith, C. (1996): Supporting and enhancing the adoption of children with developmental disabilities. *Children and Youth Services Review*, 18 (1-2), 139-162.
- Lindblad, F., Hjern, A. y Vinnerljung, B. (2003) Inter-country adopted children as young adults- A Swedish cohort study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73 (2), 190-202.
- Lipman, E.L., Offord, D.R., Racine, Y.A. y Boyle, M.H. (1992): Psychiatric disorders in adopted children: a profile from the Ontario Child Health Study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 627-633.
- Loehlin, J.C., Willerman, L. y Horn, J.M. (1985). Personality resemblances in adoptive families when the children are late adolescents or adults. *Journal of personality and social psychology*, 48, 376-392.
- Logan, F.A., Morrall, P.M.E. y Chambers, H. (1998). Identification of Risk Factors for Psychological Disturbance in Adopted Children. *Child Abuse Review*, 7, 154-164.

- Lohelin, J.C., Willerman, L. y Horn, J.M. (1988). Human behavior genetics. *Annual Review of Psychology*, 39, 101-133.
- López, C. y García, A. (1997). Variables relevantes en el acogimiento familiar pre-adoptivo. Un estudio empírico en la Región de Murcia. *Revista AMAIN*.
- López, C.; García, C.; Murcia, L.; Martín, C.; Cortegano, M.C.; López-Mora, I. y López García, G. (1995). Problemas psicopatológicos en una muestra clínica de niños-niñas: taxonomías empíricas.
- Losbough, B. (1965). Relationship of EEG neurological and psychological findings in adopted children. *Medical Journal of EEG Technology*, 5, 1-4.
- Lowie, R. (1930). Adoption-primitive. *Encyclopedia of the Social Sciences* (Vol. 1) New York: Mcmillan.
- Lunken, T. (1995). Recruiting adoptive parents for older children. *Adoption and fostering*, 19 (4), 16-20.
- Main, M., Kaplan, N., y Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. En: T. Bretherton y E. Waters (Eds.) *Growing points in attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research on Child Development.
- Mainemer, H. Gilman, L.C. y Ames, E.W. (1998). Parenting stress in families adopting children from Romanian orphanages. *Journal of Family Issues*, 19 (2), 164-181.
- Marcovitch, S., Cesaroni, L., Roberts, W. y Swanson, C. (1995). Romanian adoption: Parents' dreams, nightmares and realities. *Child Welfare*, 74 (5), 993-1017.
- Marcovitch, S., Goldberg, S., Gold, A., Washington, J., Wasson, C., Krekewich, K. y Handley-Derry, M. (1997). Determinants of Behavioural problems in Romanian Children adopted in Ontario. *International Journal of behavioural development*, 20 (1), 17-31.
- Marquis, K.S., y Detweiler, R.A. (1985). Does adoption mean different? An attributional analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1054-1066.
- Mash, E.J. y Johnston, C. (1990). Determinants of Parenting Stress: Illustrations from Families of Hyperactive Children and Families of Physically Abused Children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (4), 313-328.
- Maughan, B. y Pickles, A. (1990). Adopted and illegitimate children growing up. En L. Robins y M. Rutter (Eds.). *Straight and devious pathways from childhood to adulthood* (pp. 36-61). Cambridge: Cambridge University Press.
- McCarty, C., Waterman, J., Bruge, D. y Edelstein, S. (1999). Experiences, concerns and service needs of families adopting children with prenatal substance exposure. Summary and recommendations. *Child Welfare*, 78 (5), 561-577.
- McCubbin, H.I., Larsen, A. y Olson, D.H. (1981): F-COPES: Family Oriented Personal Evaluation Scales. En: D.H. Olson, H.I. McCubbin, H. Barner, A. Larsen, M. Muxen y L. R. Wilson (Eds.) *Family Inventories*. University of Minnesota, St. Paul.

- McCubbin, H.I. y Patterson, J.M. (1983). The family stress process: the double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review*, 6, 7-37.
- McCubbin, H.I. Thompson, E.A. y Fromer, J.E. (1998). *Stress, Coping and Health in Families, Sense of Coherence and Resiliency*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- McDonald, T.P., Lieberman, A., Partridge, S. y Hornby, H. (1991): Assessing the role of agency services in reducing adoption disruptions. *Children and Youth Services Review*, 13 (5-6), 425-438.
- McDonald, T.P., Propp, J.R. y Murphy, K.C. (2001). The postadoption experience: child, parent ad family predictors of family adjustmen to adoption. *Child Welfare*, 80 (1), 71-94.
- McGlone, K., Santos, L., Kazama, L., Fong, R. y Mueller, C. (2002). Psychological stress in adoptive parents of special-needs children. *Child Welfare*, 81 (2), 151-171.
- McGuiness, T. (1998). Risk and protective factors in children adopted from the former Soviet Union. *The Parent Network for Post-Institutionalized Children*, 18, 1-5.
- McGuiness, T. y Pallansch, L. (2000) Competence of children adopted from the former Soviet Union. *Family Relations*, 49 (4), 457-465
- McNamara, J. y McNamara, B.H. (Eds) (1990): *Adoption and the sexually abused child*. Portland, M.E.; Human Services Development Institute, University of Southern Maine.
- McRoy, R. G., Zurcher, L. A., Lauderdale, M. L. y Anderson, R. E. (1982) Self-esteem and racial identity in transracial and intraracial adoptees. *Social Work*, 27, 522-526.
- Mednick, S.A., Gabrielli, W.F.Jr. y Hutchings, B. (1984). Genetic influences in criminal convictions : evidence from an adoption cohort. *Science*, 224, 891-894.
- Menlove, F.L. (1965). Aggresive symptoms in emotionally disturbed adopted children. *Child Development*, 36, 519-532.
- Merguici, G. (1991). El encuentro del niño con su familia adoptiva. *Infancia y Sociedad*, 12, 68-81.
- Miall, C.E. (1987). The stigma of adoptive parent status: perceptions of community attitudes toward adoption and the experience of informal social sanctioning. *Family Relations*, 36, 34-39.
- Miall, C.E. (1996): The social construction of adoption: clinical and community perspectives. *Family Relations*, 45, 309-317.
- Miller, B.C., Fan, X., Christensen, M., Grotevant, M.D. y van Dulmen, M. (2000). Comparisions of adopted and nonadopted adolescents in a large, nationally representative sample. *Child development*, 71 (5), 1458-1473.
- Miller, L. y Hendrick, N. (2000). Heath of children adopted from China. *Pediatrics*, 105 (6). Disponible en <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/6/e76>

- Miller, L.C., Kiernan, M.T., Mathers, M.I. y Klein-Gitelman, M. (1995). Developmental and nutritional status of internationally adopted children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 149, 40-44.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2003). *Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales, 2003*. MTAS.
- Montané, M.J. (1996). La evolución de la adopción internacional en España. *Anuario de Psicología*, 71, 23-35.
- Moreno, A. (2005). Familias monoparentales. *Infancia y Sociedad*, 30, 55-65.
- Moreno, C. y del Barrio, V. (1997). "Child Behavior Checklist" (CBCL). Primera aproximación a una adaptación española en población de 4-5 años. *Psicología Educativa*, 3 (1), 101-110
- Morison, S.J., Ames, E.W. y Chisholm, K. (1995). The development of children adopted from Romanian orphanages. *Merrill-Palmer Quarterly*, 41, 411-430.
- Morrow, K.A., Thoreson, R.W. y Pennney, L.L. (1995). Predictors of psychological distress among infertility clinic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (1), 163-167.
- Moser, G. (1997). School and work: no problem. *Invandere and Minoriteter*, 1, 29-31.
- Mulcare, S.L. y Aguinis, H. (1999). Effects of adoptive status on evaluation of children. *The Journal of Social Psychology*, 133 (2), 159-172.
- Munsinger, H. (1975). The adopted child IQ: a critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 623-659.
- Nabinger, S (1991). La adopción de niños brasileños por familias europeas. *Infancia y Sociedad*, 12, 124-130.
- Nelson, K.A. (1985). *On the frontier of adoption : a study of special needs adoptive families*. New York, N.Y.: Child Welfare League of America.
- Ngabonziza, D. (1988). Intercountry adoption: in whose best interests? *Adoption and Fostering*, 12 (1), 35-40.
- Ngabonziza, D. (1991). Moral and political issues facing relinquishing countries. *Adoption and Fostering*, 15(4), 75-80.
- Nickman, S.L. (1985). Losses in adoption: The need for dialogue. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 40, 365-398.
- Nicolaysen, J. (1998). When the child is not a chip of the old block-foreign adoptees and their schooling. *Norsk Skolerblad*, 22, 26-28.
- Núñez, S. (2004). *Evaluación de los programas de formación de solicitantes de adopción en la Comunidad de Madrid*. (Documento sin publicar). Madrid: Instituto Universitario de la Familia. Universidad Pontificia Comillas.
- O'Brian, C. (1994) Transracial adoption in Hong Kong. *Child Welfare*, 73 (4), 319-331.
- O'Brian, K. y Kamostny, K.P. (2003). Understanding adoptive family: an integrative review of empirical research and future directions for counselling psychology. *Counselling Psychologist*, 31 (6), 679-710.

- O'Connor, T.G., Deater-Deckard, K., Fulker, D., Rutter, M. y Plomin, R. (1998). Genotype-environment correlations in late childhood and early adolescence: antisocial behavioral problems and coercitive parenting. *Developmental Psychology*, 34(5), 970-981.
- O'Connor, T.G., Rutter, M., Beckett, C. y cols. (2000) The effects of global severe privation on cognitive competence: extension and longitudinal follow-up. *Child Development*, 71, 376-390.
- O'Connor, T.G. y Rutter, M. y ERA (2000) Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extensión and longitudinal follow-up. *Journal of American Academy of child and adolescent psychiatry*, 39 (6), 703-712.
- Oliván, G. (2001). Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas. *Anales Españoles de Pediatría*, 55(2), 135-140.
- Olson, Sprenkle y Russell (1979): Circumplex Model of Marital and Family Systems I: Cohesion and Adaptability Dimensions, Family Types and Clinical Applications. *Family Process*, 18 (1), 3-28
- Orr, R., Cameron, S., y Day, D. (1991): Coping with Stress in families with children who have mental retardation: an evaluation of the double ABCX model. *American Journal of mental retardation*, 95 (4), 444-450.
- Östberg, M. y Hagekull, B. (2000). A Structural Modeling Approach to the understanding of Parenting Stress. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29 (4), 615-625.
- Palacios, J. (1998). Familias adoptivas. En: M.J. Rodrigo y J. Palacios (Eds). *Familia y desarrollo humano* (pp. 353-372). Madrid: Alianza Editorial.
- Palacios, J. (2003). Comparecencia en el Senado. Comisión Extraordinaria sobre Adopción Internacional. *Diario de sesiones del Senado*, 481, 23 de Junio de 2003. Disponible en: <http://www.senado.es/legis7/publicaciones/html/textos/CS0481.html>
- Palacios, J. y Sánchez, Y. (1996a). Niños adoptados y no adoptados: un estudio comparativo. *Anuario de Psicología*, 71, 63-85
- Palacios, J. y Sánchez, Y. (1996b). Relaciones padres hijos en familias adoptivas. *Anuario de Psicología*, 71, 87-105.
- Palacios, J., Sánchez, Y. y León, E. (2004). Intercountry adoption disruptions in Spain. (*En prensa*).
- Partridge, S., Hornby, H. y McDonald, T. (1986): *Legacies of Loss, Visions of Gain: an inside look at adoption disruption*. Portland, ME: University of Southern Maine.
- Pheatt, J.M. (1995). Parental perceptions of adoption: A qualitative study of the integration an maintenance of older child in the family. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities & Social Sciences*. Vol 56 (5-A), Nov 1995. pp. 1666. US: University Microfilms international
- Piersma, H.L. (1987). Adopted children and inpatient psychiatric treatment: A retrospective study. *The Psychiatric Hospital*, 18, 153-158.

- Pinderhuges, E. (1996). Toward understanding family readjustment following older child adoptions: the interplay between theory generation and empirical research. *Children and youth services review*, 18 (1-2), 115-152.
- Plomin, R. y De Fries, J. (1985). *Origins of individual differences in infancy. The Colorado Adoption Project*. Orlando, FL: Academic Press.
- Polaino, A. (2001). Factores de riesgo y psicopatología de la adopción. En: A. Polaino, A. Sobrino y A. Rodríguez. *Adopción: aspectos psicopedagógicos y marco jurídico* (pgs. 73-110). Barcelona: Ariel.
- Prew, C., Suter, S. y Carrington, J. (1990). *Post adoption family therapy: a practice manual*. Salem, OR: Children's Services Division.
- Priel, B., Melamed-Hass, S., Besser, A. y Kantor, B. (2000). Adjustment among adopted children: the role of maternal self-reflectiveness. *Family Relations*, 49 (4), 389-396.
- Quinton, D., Rushton, A., Dance, C. y Mayers, D. (1998) : *Joining new families : a study of adoption and fostering in middle childhood*. Chichester, UK: Willey.
- Raynor, L. (1980): *The adopted child comes of age*. London: Allen y Unwin.
- Reilly, R. y Platz, L. (2003). Characteristics and Challenges of Families who adopt children with special needs: an Empirical Study. *Children and Youth Services Review*, 25 (10), 781-803.
- Rila, B. (1997). The attachment disordered adoptee. En S. K. Roszia y A. Baran: *Creating Kinship* (pp. 61-76). Portland, OR, US: The Dougy Center.
- Roberts, B. (1980). *Adoption project for handicapped children: Ohio District 11*. Washington, DC: Office of Human Development Services.
- Robinson, G. (1998). *Older child adoption*. Colorado: Crossroad Publishing Company.
- Rogeness, G.A., Hoppe, S.K., Macedo, C.A. y cols. (1988). Psychopathology in hospitalized adopted children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 628-631.
- Rooth, D.O. (2002). Adopted children in the labour market: discrimination or unobserved characteristics. *International Migration*, 40 (1), 71-98.
- Rorbeck M. (1990) The conditions of 18- to 25-year-old foreign-born adoptees in Denmark. En H. Alstein y R. Simon (Eds.) *Intercountry adoption: a seven country perspective*. New York: Praeger.
- Rosenberg, E.B. (1992). *The adoption life cycle*. New York: The free press.
- Rosenboom, L.G. (1994). *Mixed families, mixed feelings? Attachment and competence of adopted babies in families with biological children*. Utrecht, The Netherlands: Utrecht University (doctoral dissertation).
- Rosenthal, J.A. (1993). Outcomes of adoption of children with special needs. *The Future of Children*, 3, 77-88.
- Rosenthal, J. y Groze, V. (1991). Behavior problems of special needs adopted children. *Children and Youth Services Review*, 13 (5-6), 343-361.

- Rosenthal, J.A. y Groze, V. (1992). *Special needs adoption: a study of intact families*. New York: Praeger.
- Rosenthal, J.A. y Groze, V.K. (1994). A Longitudinal Study of Special-Needs Adoptive Families. *Child Welfare*, 73 (6), 689-707.
- Rosenthal, J., Groze, V., y Aguilar, G. (1991). Adoption outcomes for children with handicaps. *Child Welfare*, 70 (6), 623-636.
- Rosenthal, J.A., Groze, V.K., y Curiel, H. (1990). Race, social class and Special Needs Adoption. *Social Work*, 35 (6), 532-540.
- Rosenthal, J.A., Groze, V.K. y Morgan, J. (1996). Services for families adopting children via public child welfare agencies: use, helpfulness, and need. *Children and Youth Services Review*, 18 (1-2), 163-182.
- Rosenthal, J.A.; Schmidt, D., y Conner, J.(1988). Predictors of special needs adoption disruption. An exploratory study. *Children and Youth Services Review* 10, 101-117.
- Rosser, A. y Moya, C. (2001). Familias monoparentales e idoneidad para la adopción. *Intervención psicosocial*, 10 (2), 209-220.
- Ruano, R. y Serra, E. (2001): *La familia con hijos adolescentes: sucesos vitales y estrategias de afrontamiento*. Barcelona: Octaedro-EUB
- Rubio, M. A. (2001): La adopción internacional en la Comunidad de Madrid. En A. Polaino, A. Sobrino y A. Rodríguez (Eds.) *Adopción; aspectos psicopedagógicos y marco jurídico* (pp. 217-242). Ariel: Barcelona.
- Rushton, A. y Minnis, H. (1997) Transracially family placements. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 147-159.
- Rutter, M. (1998). Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39, 465-476.
- Saclier, Ch. (1996). La adopción internacional. Condiciones básicas y superior interés del niño. SSI
- Saclier, Ch. (2000). In the best interest of the child?. En P. Selman (Ed.) *Intercontry adoption: developments, trends and perspectives* (pp. 53-65). London: BAAF.
- Sardinero, E., Pedreira, J.L. y Muñoz, J. (1997). El cuestionario CBCL de Achembach: adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas (1). *Clínica y Salud*, 8 (3), 447-480.
- Sariego, J.L. (2000). *Guía de la Adopción Internacional*. Madrid: Tecnos.
- Scarr, S. y Weinberg, R. A. (1983). The Minnesota adoption studies: Genetic differences and malleability. *Child Development*, 54, 260-267.
- Schechter, M.D. (1970). About adoptive parents. En E. J. Anthony y T. Benedek (Eds.). *Parenthood: Its psychology and psychopathology*. Boston: Little, Brown.
- Schmidt, D.M., Rosenthal, J.A. y Bombeck, B. (1988). Parents' views of adoption disruption. *Children and Youth Services Review*, 10, 119-130.

- Seglow, J., Pringle, M.K., y Wedge, P. (1972). *Growing up adopted*. Windsor, U.K.: National Foundation for Educational Research in England and Wales.
- Senior, N. y Himadi, E. (1985). Emotionally disturbed adopted inpatient adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 15, 189-197.
- Serbin, L. (1997). Research on International adoption: implications for developmental theory and Social Policy. *International Journal of Behavioral Development*, 20 (1), 83-92.
- Servicio Social Internacional (2004). *Derechos del niño en la Adopción Nacional e Internacional: Marco ético y orientaciones para la práctica*. Ginebra: CRI/SSI. Original 1999. Disponible en: http://www.iss-ssi.org/Resource_Centre/Guia_etica.PDF
- Sharma, A.R., McGue, M.K. y Benson, P.L. (1996a) The emotional and behavioral adjustment of United States adopted adolescents: Part I: An Overview. *Children and Youth Services Review*, 18, 83-101.
- Sharma, A.R.; McGue, M.K. y Benson, P.L. (1996b). The emotional and behavioral adjustment of United States Adopted Adolescents: Part II. Age at adoption. *Children and Youth Services Review*, 18 (1-2), 101-114.
- Sharma, A.R.; McGue, M.K. y Benson, P.L. (1998). The psychological adjustment of United States adopted adolescents and their nonadopted siblings. *Child Development*, 69 (3), 791-802
- Shireman, J. (1996). Single parent adoptive homes. *Children and Youth Services Review*, 18 (1-2), 23-36.
- Shireman, J. F. y Johnson, P. R. (1986) A longitudinal study of Black adoptions: Single parent, transracial and tradicional. *Social Work*, 31, 172-176.
- Siegel, S. (1989). *Su hijo adoptado: Una guía educativa para padres*. Barcelona: Paidós (1992)
- Silver, L.B. (1989). Frequency of adoption of children and adolescents with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 22, 325-327.
- Silverman, A.R. (1993). Outcomes of Transracial Adoption. *The Future of Children* 3 (1), 104-118.
- Simmel, C., Brooks, D., Barth, R.P. y Hinshaw, S.P. (2001). Externalizing Symptomatology Among Adoptive Youth: prevalence and preadoption risk factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29 (1), 57-69.
- Simon, R.J. y Alstein, H. (1977). *Transracial adoption*. New York: Wiley.
- Simon, R.J. y Alstein, H. (1992): *Adoption, race and identity*. New York, Praeger.
- Simon, R.J. y Alstein, H. y Melli, M. G. (1994). *The case for transracial adoption*. Washington, DC: American University Press.
- Simon, R. y Alstein, H. (1996). The case for transracial adoption. *Children and Youth Services Review*, 18 (1-2), 5-22.
- Singer, L.M., Brodzinsky, D.M., Ramsay, D., Steir, M. y Waters, E. (1985) Mother-infant attachment in adoptive families. *Child development*, 56, 1543-1551.

- Skeels, H. (1966). Adult status of children with contrasting early life experiences. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 31, 1-65.
- Smith, D. y Brodzinsky, D. (1994). Stress and Coping in Adopted Children: a developmental study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23 (1), 91-99.
- Smith, S.L. y Howard, J.A. (1994). The impact of previous sexual abuse on children's adjustment in adoptive placement. *Social Work*, 39 (5), 491-502.
- Smith, S. L.; Howard, J.A. y Monroe, A. D. (1998). A analisis of child behavior problems in adoptions in difficulty. *Journal of Social Service Research*, 24 (1-2), 61-84.
- Solis, M.L. y Abidin, R.R. (1991). The Spanish Versión Parenting Stress Index: A psychometric study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20 (4), 372-378.
- Sonego, M., García, J. y Pereira, J. (2002). Problemas de salud de los niños extranjeros adoptados en España. *Medicina Clínica*, 119 (13), 489-491.
- Sorosky, A.D., Baran, A. y Pannor, R. (1975). Identity conflicts in adoptees. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 18-27.
- Spitz, R.A. (1945). *Hospitalism : Psychoanalytic study of the child, I*. New York: International University Press.
- Spitz, R.A. (1987). *El primer año de vida del niño: génesis de las primeras relaciones objetales*. Madrid: Aguilar, (Orig., 1956).
- Stams, G.J.J.M. (1998). *Give me a child until he is seven: A longitudinal study of adopted children, followed from infancy to middle childhood*. Utrecht, The Netherlands. Utrecht University (doctoral dissertation).
- Stams, G.J.J.M., Juffer, F., Rispen, J. y Hoksbergen, R.A.C. (2000). The development and adjustment of 7-year old children adopted in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 1025-1037.
- Stams, G.J.J.M., Juffer, F. y Van Ijzendoorn, M.H. (2002). Maternal Sensitivity, infant attachment and temperament in early childhood predict adjustment in middle childhood: the case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Developmental Psychology*, 38 (5), 806-821.
- Stein, L.M. y Hoopes, J.L. (1985). *Identity formation in the adopted adolescent*. New York: Child Welfare League of America.
- Stibane, U. (1991). El desarrollo del sentimiento de identidad desde una perspectiva psiquiátrica infantil. *Infancia y Sociedad*, 12, 83-94.
- Sweeny, D.M., Gasbarro, D.T. y Gluck, M.R. (1963). A descriptive study of adopted children seen in a child guidance center. *Child Welfare*, 42, 345-349.
- Talen, M.R. y Leer, M.L. (1984). A structural and developmental analysis of symptomatic adopted children and their families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10 (4), 381-391.
- Ternay, M.R., Wilborn, B., y Day, H.D. (1985). Perceived child-parent relationships and child adjustment in families with both adopted and natural children. *Journals of Genetic Psychology*, 146, 261-272.

- Textor, M.A. (1991). International adoption in West Germany: a private affaire. En H. Alstein y R. Simon (Eds). *Intercountry adoption: a multinational peerspective*. (pp. 109 y ss.) N.Y: Praeger.
- Tizard, B. (1991). Intercountry adoption: a review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32 (5), 743-756.
- Tizard, B. y Hodges, J. (1990). Ex-institutional children: a follow-up study to age 16. *Adoption and Fostering*, 14, 17-20.
- Todis, B. y Singer, G. (1991). Stress and stress management in families with adopted children who have severe disabilities. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 16 (1), 3-13.
- Toussieng, P.W. (1962). Thoughts regarding the etiology of psychology difficulties in adopted children. *Child Welfare*, 41, 59-65.
- Towle, P.O. y Schwarz, J.C. (1987). The child behavior checklist as applied to archival data: Factor estructura and external correlates. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 69-79.
- Tremitiere, B.S. (1984). Disruption: a break in commitment. *Paper presented at the Ninth North American Council of Adoptable Children Conference*, Chicago.
- Triseliotis, J. (1988). Some moral and practical issues in adoption work. *Paper presented at the International Conference on Adoption and Residential Care*. Melbourne.
- Triseliotis, J. (1991). El trabajo de grupo en la adopción y el acogimiento familiar. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Orig. 1988).
- Triseliotis, J. (1994). *El trabajo de grupo en la adopción y el acogimiento familiar*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Triseliotis, J. (2000). Intercountry adoption: global trade or global gift?. *Adoption and Fostering*, 24 (2), 45-54.
- Triseliotis, J. y Hill, M. (1990). Contrasting adoption, foster care and residential rearing. En D.M. Brodzinsky y M.D. Schechter (Eds.) *The psychology of adoption* (pp. 201-218). New York: Oxford University Press.
- Triseliotis, J. y Russell, J. (1984). *Hard to place*. London: Gower.
- Unger, C., Dwarshuis, G., y Johnson, E. (1977). *Chaos, madness, and unpredictability... placing the child with ears like Uncle Harry's*. Ann Arbor, MI: Spaulding for Children.
- UNICEF (1999) Adopción Internacional. *Innocenti Digest*, n.º 4. (Disponible en <http://www.unicef.org>)
- UNICEF (2001): Una Década en transición. *Informe de monitoreo regional 8*. Florencia: UNICEF. (disponible en <http://www.unicef.org>)
- UNICEF (2002). *Children on the Brink 2002: A joint Report on Orphan Estimates and Program Strategies*. Washington, D.C. (disponible en <http://www.unicef.org>)
- Unitat d'Epidemiologia i de Diagnostic en Psicopatologia del Desenvolupament (2000). Disponible en <http://www.ued.uab.es>

- Valentine, D., Conway, P. y Randolph, J. (1987). Placement disruptions: perspectives of adoptive parents. *Journal of Social Work and Human Services*, 6, 133-153.
- Van Loon, H.A. (1993). *International cooperation and protection of children with regard to intercountry adoption*. Recueil des cours, vol 224 (1993-VII) Martinus Nijhoff Publishers, Dordrecht.
- Verhulst, F. (2000). Internationally Adopted Children: The Dutch Longitudinal Adoption Study. *Adoption Quarterly*, 4 (1), 27-44.
- Verhulst, F.C., Althaus, M. y Versluis-den Bieman, H. (1990). Problem behavior in international adoptees. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 94-103.
- Verhulst, F.C., Althaus, M. y Versluis-den Bieman, H. (1990). Problem behavior in international adoptees: II. age at placement. *Journal of de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29 (1), 104-111.
- Verhulst, F.C., Althaus, M. y Versluis-den Bieman, H. (1992). Damaging backgrounds: later adjustment of international adoptees. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 94-103.
- Verhulst, F.C. y Van der Ende, J. (1992): Six-year developmental course of internalizing and externalizing problem behaviors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31 (5), 924-931.
- Versluis-de Bieman, H.J.M. y Verhulst, F.C. (1995). Self-reported and parent reported problems in adolescent international adoptees. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Vroegh, K. S. (1997). Transracial adoptees: Developmental status after 17 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(4), 568-575
- Ward, M. (1991). Parental stress and childhood psychopathology. *Child Psychiatry and Human Development*, 22, 97-110.
- Ward, M. (1996). Older-Child Adoption and the New Parents' Marriage: Interviews with parents. Paper presented at the *Annual Conference of the North American Council of Adoptable Children*. Toronto, Ontario, Canadá, Mayo de 1996.
- Ward, M. (1997). Family paradigms and older-child adoption: a proposal for matching parents strength to children needs. *Family Relations*, 46, 257-272.
- Warren, S.B. (1992). Lower threshold for referral for psychiatric treatment for adopted adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 512-517
- Webster, D.; Barth, R.; Needell, B. (2000): Placement stability for children in out-of-home-care: a longitudinal analysis. *Child Welfare*, 79 (5), 614-635.
- Webster-Stratton, C. (1990). Stress: a potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 302-312.
- Weckler, J.E. (1953). Adoption on Mokil. *American Anthropologist*, 55.
- Weiss, A. (1985). Symptomatology of adopted and nonadopted adolescents in a psychiatric hospital. *Adolescence*, 20, 763-774.

- Wender, P. (1987). *The hyperactive child, adolescent and adult*. New York: Oxford University Press.
- Westhues, A. y Cohen, J. (1990). Preventing disruption of special needs adoptions. *Child Welfare*, 69 (2), 141-155.
- Westhues, A. y Cohen, J. (1997). A Comparison of the Adjustment of Adolescent and Young Adult Inter-country Adoptees and their Siblings. *International Journal of Behavioral Development*, 20 (1), 47-65.
- Wieder, H. (1977). The family romance fantasies of adopted children. *Psychoanalytic Quarterly*, 46, 185-200.
- Wierzbicki, M. (1993). Psychological adjustment of adoptees: A meta-analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 447-454.
- Woods, B. (1995). *Death Rooms*. BBC.
- Work, H.H. y Anderson, H. (1971). Studies in adoption: Requests for psychiatric treatment. *American Journal of Psychiatry*, 127, 948-950.
- Yarrow, L.J., Goodwin, M.S., Mainemer, H. y Milowe, I.D. (1973). Infancy experiences and cognitive and personality development at 10 years. En L.J. Stone, H.T. Smith y L.B. Murphy (Eds.), *The competent infant: Research and commentary* (pp. 1274-1281). New York: Basic.
- Zimmerman, A. (1999). Acerca del abandono temprano. *Revista de Psicoanálisis*, 56 (4), 923-939.
- Zucker, K.J. y Bradley, S.J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Zwimpfer (1983): Indicators of adoption breakdown. *Social Casework*, 64(3), 169-177.

ANEXOS

ANEXO I

CUESTIONARIO DE ADAPTACIÓN FAMILIAR A LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL

GUÍA PARA EL PARTICIPANTE

Como sabe, la adopción internacional es un fenómeno relativamente nuevo en nuestro país en comparación con otros países de nuestro entorno y su familia puede considerarse, en cierto modo, pionera en este modo de formar familias, por lo que su opinión y su experiencia resultan fundamentales para los profesionales del mundo de la adopción. Contestando este cuestionario usted está colaborando en una mejor comprensión del modo en el que se forman las familias que adoptan internacionalmente y esto ayudará a mejorar la planificación y los servicios especializados así como a ofrecer a la sociedad una visión más real y más profunda de lo que significa adoptar menor más allá de nuestras fronteras.

**Antes de comenzar a contestar el cuestionario
lea detenidamente esta guía en la que tratamos
de responder a algunas de las preguntas que pueden surgir:**

¿QUIÉN REALIZA LA INVESTIGACIÓN?

A pesar de que la encuesta le haya llegado a través del IMMF, esta investigación es llevada a cabo por el Grupo de Estudio y Seguimiento de la Adopción Internacional del Instituto Universitario de la Familia de la Universidad P. Comillas de Madrid.

¿CUÁLES SON NUESTROS OBJETIVOS?

Nuestro objetivo principal es el de conocer los primeros pasos de su nueva (o ya no tan nueva familia). No sólo las posibles dificultades sino también las fortalezas y los recursos para poder ayudar mejor a los nuevos padres y madres que se metan en esta aventura.

¿CÓMO CONTESTAR EL CUESTIONARIO?

La mejor manera de contestar el cuestionario es hacerlo en una sola vez. En la primera impresión puede parecer largo pero las instrucciones son sencillas y es fácil de rellenar. Tenga en cuenta que:

- No hay respuestas buenas ni malas; lo que nos interesa es su experiencia porque no hay mayor experto en su propia familia que usted mismo.
- No se pare mucho en cada pregunta, su primera respuesta es casi siempre la mejor.
- Su cuestionario es anónimo. Puede estar seguro de que los datos que nos aporte serán tratados con las máximas garantías de confidencialidad y sólo serán usados con fines de investigación.
- Procure no dejar ninguna pregunta sin contestar
- Conteste siempre refiriéndose al mismo hijo tal y como lo indica el propio cuestionario.
- Si tanto su pareja como usted quieren contestar el cuestionario contacte con nosotros para que el enviemos un ejemplar. Procure mandarlos juntos.

¿CÓMO HACERNOS LLEGAR EL CUESTIONARIO?



Es tan sencillo como meterlo dentro del sobre prefranqueado y depositarlo en cualquier buzón de correos.



¿CÓMO RESOLVER LAS DUDAS?


- Escribiendo a la siguiente dirección de correo electrónico: a.berástegui@iuf.upco.es
- Escribiendo al equipo a la siguiente dirección: Apartado de Correos 929 FD. 28080 Madrid
- Llamando al 915406148


**Ya puede comenzar
a contestar el cuestionario**

¿CÓMO ES SU FAMILIA?

• **Padre:** Edad: ____  Profesión: _____ 
 Estudios: (marque con una Primarios Universitarios medios
 x la casilla correspondiente) Secundarios Universitarios superiores

• **Madre:** Edad: ____  Profesión: _____ 
 Estudios: (marque con una Primarios Universitarios medios
 x la casilla correspondiente) Secundarios Universitarios superiores

• **Pareja:**
 ¿Vive usted en pareja? Sí NO
 Años de convivencia _____ 
 ¿Están ustedes casados? Sí NO
 ¿Se han separado o divorciado después de adoptar? Sí NO
 ¿Ha tenido algún divorcio o separación previos a la adopción? Sí NO
 ¿Su pareja ha tenido algún divorcio o separación previos a la adopción? Sí NO

• **Hijos:** número de hijos: _____ 

Fecha de nacimiento	sexo	¿Es adoptado? (marque con una x la casilla correspondiente)	Contestar sólo si el menor es adoptado	
			Inicio de la convivencia	País de origen
mes / año	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	sí <input type="checkbox"/> / no <input type="checkbox"/>	mes / año	
mes / año	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	sí <input type="checkbox"/> / no <input type="checkbox"/>	mes / año	
mes / año	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	sí <input type="checkbox"/> / no <input type="checkbox"/>	mes / año	
mes / año	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	sí <input type="checkbox"/> / no <input type="checkbox"/>	mes / año	

Si se trata de una adopción nacional consigne ESPAÑA en el país de origen

• **Otros familiares que vivan en casa:** _____ 



• **Los ingresos netos mensuales de su familia son de:** (marque con una x la casilla correspondiente)
 Menos de 600 €. Entre 1800 € y 2400 €
 Entre 600 € y 1200 € Entre 2400 € y 3600 €
 Entre 1200 € y 1800 € Más de 3600 €

• **¿Quién va a contestar el cuestionario?** El padre La madre
 (marque con una x la casilla correspondiente)

¿CÓMO FUE SU PROCESO DE ADOPCIÓN?

(marque con una X la casilla correspondiente)

- **Generalmente la adopción cubre el deseo de una persona o pareja de ser padre o madre pero ¿Qué le movió a ser padre por la vía adoptiva?.** Por favor, marque en orden de prioridad las tres opciones con la que se sienta más identificado (1ª, 2ª y 3ª).

- Las dificultades para ser padre/madre biológico
Si usted o su pareja tienen algún problema para ser padres biológicos indique cuál _____ 
- El deseo de ser madre/padre a pesar de no tener pareja
- El deseo de ser útil para los demás
- Mi compromiso con los más desfavorecidos
- El deseo de unirme más con mi pareja
- Otra ¿cual? _____ 

- **Cuánto tiempo pasó desde la primera vez que se informó hasta que adoptó**

- Menos de 1 año.
- Entre un año y dos años
- Entre dos y tres años
- Entre tres y cuatro años
- Entre cuatro y cinco años
- Más de cinco años

- **¿Siguió algún proceso de formación para padres adoptivos?**

- No
- Sí, en el IMMF
- Sí, en la ECAI
- Sí, en otro lugar (especifique cual)

- **¿Dónde realizó el informe psico-social para la idoneidad?**

- IMMF
- TIPAI

- **¿Cómo tramitó su adopción?**

- De manera independiente
- A través de una ECAI
¿cual? _____
- Con la ayuda de una asociación de padres ¿cuál? _____
- A través de una agencia del país de origen. ¿cual? _____

- **¿Quién ha realizado sus informes de seguimiento?**

- IMMF
- ECAI
- TIPAI

A partir de aquí se le pedirá información sobre su proceso de adaptación como familia adoptiva.

- Si ha adoptado más de una vez le pedimos que conteste pensando en su último proceso de adopción.
- Si ha adoptado más de un menor en esta ocasión, le pedimos que escoja al mayor de ellos y piense en él a la hora de contestar.
- Donde encuentre la letra “X” imagine que se trata del nombre de su hijo

¿Qué menor ha elegido? Edad _____ Sexo _____

QUÉ RETOS HA ENFRENTADO EN SU PROCESO DE ADOPCIÓN

A continuación le presentamos algunos retos o dificultades que han podido surgir en su proceso de adaptación como familia adoptiva. Le pedimos que conteste si la situación se ha presentado o no en su caso y, si se ha dado, qué grado de dificultad ha supuesto para ustedes.

POR FAVOR
Lea atentamente las instrucciones antes de comenzar

- Si la situación no se ha dado rodee con un círculo el número 0
- Si la situación se ha dado rodee con un círculo el número uno si ha supuesto una dificultad leve, el número dos si ha supuesto una dificultad moderada o el tres si ha supuesto una dificultad grave.

	No se ha dado	Sí se ha dado		
		Dificultad		
		Leve	Moderada	Grave
1. Algún familiar o amigo cercano ha manifestado rechazo hacia mi hijo	0	1	2	3
2. Todavía me siento herido o frustrado por no poder tener hijos biológicos	0	1	2	3
3. Mi hijo sólo se relaciona con personas de un sexo	0	1	2	3
4. Ha aumentado mucho el volumen de trabajo en el hogar desde que está mi hijo	0	1	2	3
5. Mis otros hijos tienen más problemas desde que adoptamos a X.	0	1	2	3
6. He tenido algunos problemas con la ECAI o con el IMMF durante la adopción	0	1	2	3
7. Mi hijo tiene alguna minusvalía física	0	1	2	3
8. Mi hijo siente una clara predilección por uno de los miembros de la pareja	0	1	2	3

	No se ha dado	Sí se ha dado		
		Dificultad		
		Leve	Moderada	Grave
9. Mi hijo y sus otros hermanos discuten y se pelean mucho	0	1	2	3
10. Alguna vez no me he sentido reconocido como padre/madre por mi hijo	0	1	2	3
11. La familia biológica de mi hijo ha intentado ponerse en contacto con él	0	1	2	3
12. La edad de mi hijo ha planteado alguna dificultad en su adaptación	0	1	2	3
13. Pienso que si X fuera mi hijo biológico todo sería distinto	0	1	2	3
14. Mi hijo sólo se relaciona con uno de los dos miembros de la pareja	0	1	2	3
15. Se han presentado episodios de racismo/xenofobia hacia mi hijo	0	1	2	3
16. Ha sido necesario crear nuevas rutinas en la vida familiar desde que llegó nuestro hijo	0	1	2	3
17. A veces pienso que mi hijo no me quiere	0	1	2	3
18. Creo que en el país de origen escondieron información importante sobre mi hijo	0	1	2	3
19. Me siento mal por mi infertilidad o la de mi pareja	0	1	2	3
20. Mi vida está ahora supeditada a las necesidades de mi hijo	0	1	2	3
21. Desde que nuestro hijo llegó no podemos hacer las mismas cosas que hacíamos antes como pareja o como familia	0	1	2	3
22. Echo de menos tener una pareja en el cuidado de mi hijo	0	1	2	3
23. Me he sentido defraudado y engañado en el proceso de adopción	0	1	2	3
24. A veces pienso que la familia biológica de mi hijo puede aparecer en cualquier momento	0	1	2	3
25. Le ha costado acostumbrarse al entorno	0	1	2	3
26. He tenido alguna reunión con el profesor/tutor de mi hijo a causa de sus dificultades	0	1	2	3
27. A veces no me da tiempo a hacer todo lo que hace falta en casa desde que está mi hijo	0	1	2	3
28. Han surgido problemas de celos entre mi hijo y sus hermanos	0	1	2	3

	No se ha dado	Sí se ha dado		
		Dificultad		
		Leve	Moderada	Grave
29. A veces mi hijo dice que se quiere ir de casa (con otra familia o volver a su país...)	0	1	2	3
30. A mi hijo le cuesta mucho demostrar afecto	0	1	2	3
31. Creo que me han hecho tomar algunas decisiones muy precipitadamente durante el proceso de adopción	0	1	2	3
32. Mi hijo tiene alguna minusvalía psíquica	0	1	2	3
33. Pienso que mi hijo tiene algún trastorno que no ha sido diagnosticado	0	1	2	3
34. X tenía costumbres extrañas para nosotros cuando llegó	0	1	2	3
35. Estoy más cansado que antes	0	1	2	3
36. Siento que la gente me mira por la calle cuando voy con mi hijo	0	1	2	3
37. El niño me ocupa todo el tiempo de que dispongo	0	1	2	3
38. Desde que somos padres han aumentado nuestros problemas de pareja	0	1	2	3
39. He tenido algunas dificultades por el hecho de cuidar solo/sola de mi hijo	0	1	2	3
40. La ficha de preasignación era insuficiente para conocer el estado de mi hijo	0	1	2	3
41. Hemos tenido algunos problemas para entendernos con X a causa del idioma	0	1	2	3
42. Desde que mi hijo está en casa no tengo tiempo para estar sólo	0	1	2	3
43. Es difícil encontrar tiempo para la pareja teniendo un hijo	0	1	2	3
44. En ocasiones me siento muy sólo por el hecho de no compartir mi maternidad/paternidad con otra persona	0	1	2	3
45. Mi hijo rechaza el contacto físico conmigo o con otros miembros de la familia	0	1	2	3
46. Mi hijo habla a veces de su familia biológica	0	1	2	3
47. Mi hijo tiene problemas de conducta	0	1	2	3
48. Me encuentro mal físicamente desde que adopté	0	1	2	3
49. Algunos problemas me han hecho pensar en cambiar a mi hijo de colegio	0	1	2	3
50. Ser padre supone una carga excesiva de trabajo para mí	0	1	2	3
51. Mi pareja y yo discutimos más desde que nuestro hijo está con nosotros	0	1	2	3

	No se ha dado	Sí se ha dado		
		Dificultad		
		Leve	Moderada	Grave
52. He adoptado más de un niño a la vez	0	1	2	3
53. Duermo menos que antes	0	1	2	3
54. He tenido que afrontar algunos problemas en el colegio de mi hijo	0	1	2	3
55. La llegada de mi hijo ha supuesto un cambio radical en la vida familiar	0	1	2	3
56. Alguna vez mi hijo/a me ha echado en cara que no soy su padre/madre	0	1	2	3
57. Pienso que me falta información imprescindible para comprender a mi hijo	0	1	2	3
58. Mi hijo tiene alguna enfermedad crónica	0	1	2	3

• Ahora indique si se siente identificado o no con las siguientes afirmaciones sobre su familia (ya sabe que si la pregunta se refiere a un hijo, piense en aquél que ha elegido para contestar el cuestionario) y teniendo en cuenta que:

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| - - - totalmente en desacuerdo | + + + totalmente de acuerdo |
| - - bastante en desacuerdo | + + bastante de acuerdo |
| - ligeramente en desacuerdo | + ligeramente de acuerdo |

1. Antes de adoptar ya sabía que podían presentarse situaciones como las que estamos pasando	---	--	-	+	++	+++
2. Creo que mi hijo se ha adaptado satisfactoriamente a la familia.	---	--	-	+	++	+++
3. El comportamiento de mi hijo es esperable en alguien de su edad y/o sexo	---	--	-	+	++	+++
4. La vida familiar se ha enriquecido desde que está X.	---	--	-	+	++	+++
5. Me había imaginado que ser madre/padre adoptiva/o sería más o menos así	---	--	-	+	++	+++
6. Me siento capaz de hacer que mi hijo se sienta querido	---	--	-	+	++	+++
7. Me siento capaz de resolver los problemas que se presentan en la educación de mi hijo	---	--	-	+	++	+++
8. Merece la pena adoptar a pesar de las dificultades	---	--	-	+	++	+++
9. Mi hijo ya es uno más de la familia---	--	-	+	++	+++	
10. Pienso que soy una buena madre/padre	---	--	-	+	++	+++
11. Ser madre/padre está resultando más fácil de lo que yo esperaba	---	--	-	+	++	+++
12. Ser padre de este hijo me hace sentir bien	---	--	-	+	++	+++

13. Si pudiéramos volver atrás sabiendo lo que sabemos, volveríamos a adoptar a X	---	--	-	+	++	+++
14. Tengo muy buenos momentos con mi hijo	---	--	-	+	++	+++
15. Todos estamos contentos de haber adoptado a X.	---	--	-	+	++	+++
16. Viendo la ficha de pre-asignación se podían prever algunas de las dificultades que se han presentado.	---	--	-	+	++	+++

CÓMO HAN HECHO FRENTE A ESOS PROBLEMAS

POR FAVOR
Lea atentamente las instrucciones antes de comenzar

A continuación le presentamos algunas estrategias o maneras de intentar hacer frente a los problemas. Para cada afirmación le damos 5 posibilidades de respuesta (nunca, casi nunca, a veces, a menudo, siempre). Rodee con un círculo la frecuencia que más describa su actuación habitual frente a sus posibles dificultades de adaptación como familia adoptiva.

<i>Cuando afrontamos problemas o dificultades en nuestra adaptación como familia adoptiva nuestra respuesta es:</i>	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
1. Compartir nuestras dificultades con familiares	1	2	3	4	5
2. Solicitar ánimo y apoyo de los amigos	1	2	3	4	5
3. Saber que tenemos la capacidad de resolver problemas importantes	1	2	3	4	5
4. Solicitar información y consejo de otras familias que han afrontado el mismo o similares problemas	1	2	3	4	5
5. Solicitar consejo de parientes (abuelos, etc)	1	2	3	4	5
6. Buscar ayuda en servicios Sociales (IMMF u otros recursos públicos)	1	2	3	4	5
7. Saber que la propia familia tiene fuerza suficiente para resolver los problemas	1	2	3	4	5
8. Recibir favores y servicios de los vecinos (quedarse con los niños, hacer la comida, recoger el correo)	1	2	3	4	5
9. Solicitar información y consejo del médico de cabecera	1	2	3	4	5
10. Pedir a los vecinos favores y asistencia (consejo, apoyo moral, compañía...)	1	2	3	4	5
11. Afrontar los problemas razonando e intentar conseguir soluciones correctas	1	2	3	4	5
12. Ver la televisión	1	2	3	4	5
13. Demostrar que somos fuertes	1	2	3	4	5
14. Acudir a actos religiosos	1	2	3	4	5
15. Aceptar los problemas como algo natural	1	2	3	4	5
16. Compartir preocupaciones con amigos íntimos	1	2	3	4	5

<i>Cuando afrontamos problemas o dificultades en nuestra adaptación como familia adoptiva nuestra respuesta es:</i>	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre
17. Saber que la suerte juega un gran papel al resolver los problemas familiares	1	2	3	4	5
18. Hacer ejercicio para estar físicamente bien y reducir la tensión	1	2	3	4	5
19. Aceptar que las dificultades ocurren inesperadamente	1	2	3	4	5
20. Reunirse con familiares (salir juntos, cenar...)	1	2	3	4	5
21. Solicitar orientación profesional y ayuda para las dificultades familiares	1	2	3	4	5
22. Creer que nosotros podemos manejar nuestros propios problemas	1	2	3	4	5
23. Participar en actividades de mi comunidad religiosa	1	2	3	4	5
24. Definir los problemas familiares de una forma más positiva de modo que no nos desanimen demasiado	1	2	3	4	5
25. Preguntar a familiares qué piensan acerca de los problemas que tenemos	1	2	3	4	5
26. Pensar que haga lo que haga para prepararme tendré igualmente dificultades al enfrentarme a los problemas	1	2	3	4	5
27. Solicitar consejo de un guía espiritual (sacerdote, pastor, imán, rabino...)	1	2	3	4	5
28. Creer que dejando pasar el tiempo el problema se resolverá	1	2	3	4	5
29. Compartir problemas con vecinos	1	2	3	4	5
30. Tener fe	1	2	3	4	5
31. Pedir apoyo y ánimo a compañeros de trabajo	1	2	3	4	5

- Las siguientes cuestiones describen maneras que tenemos de comportarnos frente a determinadas situaciones en la educación de los niños. Rodee con un círculo el número que considere oportuno según su comportamiento habitual frente a su hijo X se acerque más a la frase de la derecha o a la frase de la izquierda.

STOP
¿Ha contestado
todas las
cuestiones?

Cuando le hago una advertencia a mi hijo o le amenazo con algo

A menudo lo dejo pasar 1 2 3 4 5 6 7 Siempre cumplo lo que digo

Si mi hijo se siente mal cuando le digo que no

Me echo para atrás y cedo 1 2 3 4 5 6 7 Mantengo lo que he dicho

Cuando mi hijo no hace lo que le pido

Muchas veces le dejo ir
o termino haciéndolo yo 1 2 3 4 5 6 7 Tomo medidas

Cuando le digo a mi hijo que no puede hacer algo

Dejo que lo haga de todas
maneras 1 2 3 4 5 6 7 Mantengo lo que he dicho

Si decir que “no” no funciona

Hago alguna otra cosa 1 2 3 4 5 6 7 Ofrezco a mi hijo algo bueno o divertido para que haga

Cuando mi hijo hace algo que no me gusta

Hago algo al respecto 1 2 3 4 5 6 7 A menudo le dejo marcharse cada vez que ocurre

Cuando mi hijo se porta mal:

Levanto la voz o grito 1 2 3 4 5 6 7 Le hablo a mi hijo con calma

Cuando mi hijo se porta mal

maneja la situación sin 1 2 3 4 5 6 7 Me frustró o me enfadó tanto sentirme mal que mi hijo puede notarlo

Cuando hay un problema con mi hijo

Las cosas van saliendo y al final 1 2 3 4 5 6 7 Las cosas no se me van de hago cosas que no quería hacer las manos

Cuando mi hijo hace algo que no me gusta le insulto, digo palabrotas o le llamo a gritos

nunca o raramente 1 2 3 4 5 6 7 La mayoría de las veces

Cuando mi hijo se porta mal

Normalmente me meto 1 2 3 4 5 6 7 Lo ignoro en una larga discusión con él

Cuando me siento estresado o mal

Estoy susceptible y “detrás” 1 2 3 4 5 6 7 No estoy más susceptible que de mi hijo de costumbre

Cuando no tengo a mi hijo a la vista

A menudo no sé lo que está 1 2 3 4 5 6 7 Siempre tengo idea de lo que haciendo mi hijo está haciendo

¿CÓMO HA EVOLUCIONADO SU HIJO?

POR FAVOR
Lea atentamente las instrucciones antes de comenzar

A continuación le presentamos algunas conductas que pueden presentar los niños. Le pedimos que lea cada una de las conductas y conteste en qué medida su hijo/a (el que ha elegido) presentaba esta conducta los primeros seis meses de estar con ustedes y en qué medida se han presentado en los últimos seis meses.

	Los seis primeros meses de llegar a casa			En los últimos seis meses		
	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Cierto o casi siempre	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Cierto o casi siempre
1. Actúa demasiado inmaduro para su edad.	0	1	2	0	1	2
2. Tiene alergias (describa): _____	0	1	2	0	1	2
3. Discute mucho.	0	1	2	0	1	2
4. Tiene asma.	0	1	2	0	1	2
5. Se comporta como el sexo opuesto.	0	1	2	0	1	2
6. Hace sus necesidades fuera del retrete.	0	1	2	0	1	2
7. Presumido, fanfarrón.	0	1	2	0	1	2
8. Le cuesta concentrarse o prestar atención por mucho rato.	0	1	2	0	1	2
9. No puede apartar ciertos pensamientos de su cabeza, obsesiones (describa): _____ _____	0	1	2	0	1	2
10. Está intranquilo, demasiado activo, no puede sentarse quieto.	0	1	2	0	1	2
11. Apegado a los adultos, demasiado dependiente.	0	1	2	0	1	2
12. Se queja de que se siente solo.	0	1	2	0	1	2
13. Confuso, parece estar en las nubes.	0	1	2	0	1	2
14. Llora mucho.	0	1	2	0	1	2
15. Cruel con los animales.	0	1	2	0	1	2
16. Abusón, cruel o desconsiderado con los demás.	0	1	2	0	1	2
17. Sueña despierto o se pierde en sus pensamientos	0	1	2	0	1	2
18. Se hace daño deliberadamente o intenta suicidarse.	0	1	2	0	1	2
19. Exige mucha atención.	0	1	2	0	1	2
20. Destruye sus cosas.	0	1	2	0	1	2
21. Destruye cosas que pertenecen a su familia o a otros niños.	0	1	2	0	1	2
22. Desobediente en casa.	0	1	2	0	1	2
23. Desobediente en la escuela.	0	1	2	0	1	2
24. Come mal.	0	1	2	0	1	2
25. Se lleva mal con los otros niños.	0	1	2	0	1	2
26. No parece sentirse culpable después de portarse mal.	0	1	2	0	1	2
27. Fácilmente celoso.	0	1	2	0	1	2
28. Come o bebe cosas que no son comida (describa): _____ _____	0	1	2	0	1	2

	Los seis primeros meses de llegar a casa			En los últimos seis meses		
	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Cierto o casi siempre	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Cierto o casi siempre
29. Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o lugares aparte de la escuela (describe): _____ _____	0	1	2	0	1	2
30. Tiene miedo de ir a la escuela.	0	1	2	0	1	2
31. Tiene miedo de pensar o hacer algo malo.	0	1	2	0	1	2
32. Cree que tiene que ser perfecto/a.	0	1	2	0	1	2
33. Se queja o piensa que nadie lo quiere.	0	1	2	0	1	2
34. Piensa que los demás le quieren hacer daño.	0	1	2	0	1	2
35. Cree que es inútil o inferior a los demás.	0	1	2	0	1	2
36. Se da golpes a menudo o es propenso a tener accidentes.	0	1	2	0	1	2
37. Se mete en muchas peleas.	0	1	2	0	1	2
38. Se burlan de él o ella a menudo.	0	1	2	0	1	2
39. Tiene malas compañías.	0	1	2	0	1	2
40. Oye cosas o personas que no están allí (describe): _____ _____	0	1	2	0	1	2
41. Impulsivo, hace las cosas sin pensar.	0	1	2	0	1	2
42. Le gusta estar solo.	0	1	2	0	1	2
43. Dice mentiras o hace trampas.	0	1	2	0	1	2
44. Se come las uñas.	0	1	2	0	1	2
45. Nervioso, sensible o tenso.	0	1	2	0	1	2
46. Gestos nerviosos o tics (describe): _____ _____	0	1	2	0	1	2
47. Pesadillas.	0	1	2	0	1	2
48. Cae mal a otros niños.	0	1	2	0	1	2
49. Padece de estreñimiento.	0	1	2	0	1	2
50. Asustadizo o ansioso.	0	1	2	0	1	2
51. Le dan mareos.	0	1	2	0	1	2
52. Se siente demasiado culpable.	0	1	2	0	1	2
53. Come demasiado.	0	1	2	0	1	2
54. Siempre está cansado.	0	1	2	0	1	2
55. Demasiado gordo.	0	1	2	0	1	2

	Los seis primeros meses de llegar a casa			En los últimos seis meses		
	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Cierto o casi siempre	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Cierto o casi siempre
56. Síntomas físicos para los que no se ha encontrado una causa médica. a. Dolores o molestias. b. Dolores de cabeza. c. Náuseas, ganas de vomitar. d. Problemas con los ojos _____ e. Ronchas u otros problemas de la piel. f. Dolores de barriga, retortijones. g. Vómitos. h. Otros: _____	0	1	2	0	1	2
57. Ataca a otras personas físicamente.	0	1	2	0	1	2
58. Se mete el dedo en la nariz, se pellizca la piel u otras partes del cuerpo (describa): _____ _____	0	1	2	0	1	2
59. Juega con los órganos sexuales en público.	0	1	2	0	1	2
60. Juega demasiado con los órganos sexuales.	0	1	2	0	1	2
61. Trabajo escolar deficiente.	0	1	2	0	1	2
62. Incoordinado o torpe.	0	1	2	0	1	2
63. Prefiere jugar con niños de más edad.	0	1	2	0	1	2
64. Prefiere jugar con niños más jóvenes.	0	1	2	0	1	2
65. Se niega a hablar.	0	1	2	0	1	2
66. Repite ciertos actos una y otra vez; compulsiones _____	0	1	2	0	1	2
67. Se fuga de casa.	0	1	2	0	1	2
68. Grita mucho.	0	1	2	0	1	2
69. Reservado, taciturno.	0	1	2	0	1	2
70. Ve cosas que no están allí _____	0	1	2	0	1	2
71. Vergonzoso.	0	1	2	0	1	2
72. Prende fuegos.	0	1	2	0	1	2
73. Problemas sexuales _____	0	1	2	0	1	2
74. Le gusta llamar la atención, se "hace el payaso".	0	1	2	0	1	2
75. Tímido.	0	1	2	0	1	2
76. Duerme menos que otros niños.	0	1	2	0	1	2

	Los seis primeros meses de llegar a casa			En los últimos seis meses		
	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Cierto o casi siempre	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Cierto o casi siempre
77. Duerme más que otros niños, de día o de noche _____	0	1	2	0	1	2
78. Embadurna o juega con sus excrementos.	0	1	2	0	1	2
79. Problemas con la pronunciación o el habla.	0	1	2	0	1	2
80. Se queda mirando al vacío.	0	1	2	0	1	2
81. Roba en casa.	0	1	2	0	1	2
82. Roba fuera de casa.	0	1	2	0	1	2
83. Almacena cosas que no necesita _____	0	1	2	0	1	2
84. Hace cosas extrañas _____	0	1	2	0	1	2
85. Tiene ideas extrañas _____	0	1	2	0	1	2
86. Testarudo, malhumorado o irritable.	0	1	2	0	1	2
87. Cambios bruscos de humor o sentimientos.	0	1	2	0	1	2
88. Se enfurruña o incomoda fácilmente.	0	1	2	0	1	2
89. Desconfiado.	0	1	2	0	1	2
90. Jura, dice palabrotas.	0	1	2	0	1	2
91. Dice que se quiere matar.	0	1	2	0	1	2
92. Habla o camina dormido _____	0	1	2	0	1	2
93. Habla demasiado.	0	1	2	0	1	2
94. Se burla mucho de otros niños.	0	1	2	0	1	2
95. Rabietas o mal genio.	0	1	2	0	1	2
96. Piensa demasiado sobre temas sexuales.	0	1	2	0	1	2
97. Amenaza a otros.	0	1	2	0	1	2
98. Se chupa el dedo.	0	1	2	0	1	2
99. Se preocupa demasiado por el orden y la limpieza.	0	1	2	0	1	2
100. Duerme mal _____	0	1	2	0	1	2
101. Falta a la escuela, hace novillos.	0	1	2	0	1	2
102. Poco activo, lento o carece de energía.	0	1	2	0	1	2
103. Está triste o deprimido, no está contento.	0	1	2	0	1	2
104. Demasiado ruidoso.	0	1	2	0	1	2
105. Toma alcohol o usa drogas _____	0	1	2	0	1	2
106. Vandalismo, gamberrismo.	0	1	2	0	1	2
107. Se orina encima durante el día.	0	1	2	0	1	2

	Los seis primeros meses de llegar a casa			En los últimos seis meses		
	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Cierto o casi siempre	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Cierto o casi siempre
108. Se orina en la cama.	0	1	2	0	1	2
109. Se queja continuamente.	0	1	2	0	1	2
110. Le gustaría pertenecer al otro sexo.	0	1	2	0	1	2
111. Retraído, insociable.	0	1	2	0	1	2
112. Preocupón.	0	1	2	0	1	2
113. Por favor, escriba cualquier problema que tenga su hijo/a y que no haya sido citado:	0	1	2	0	1	2
_____	0	1	2	0	1	2
_____	0	1	2	0	1	2

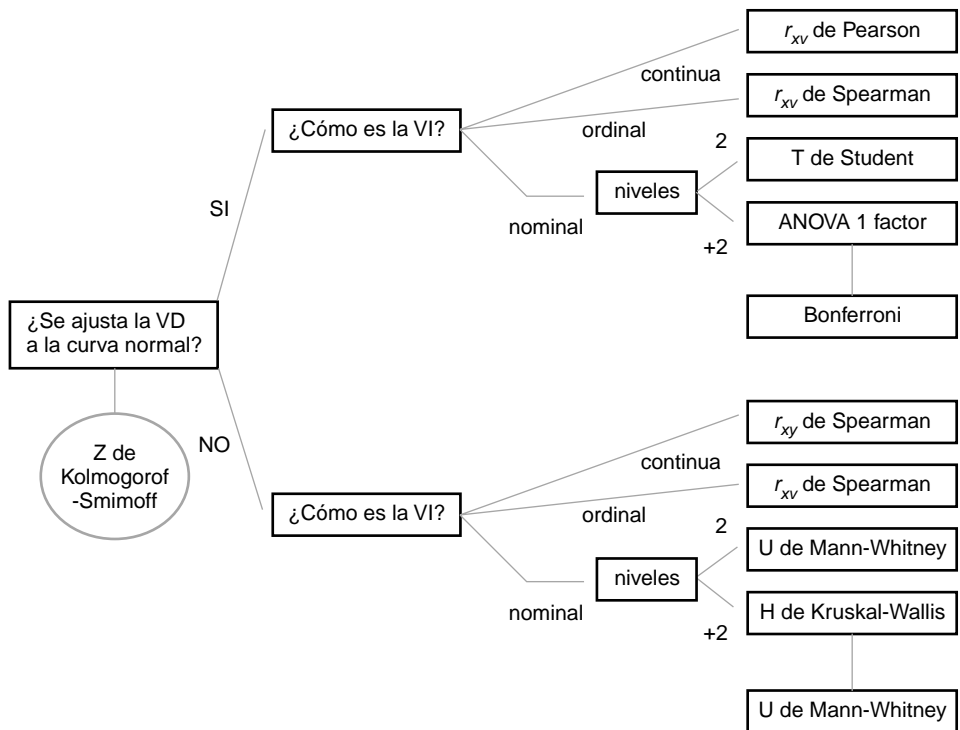
**MUCHAS GRACIAS
POR SU COLABORACIÓN**

recuerde que si quiere participar
en próximas investigaciones
o recibir los resultados de este estudio
no tiene más que rellenar el cupón adjunto.

ANEXO II

TOMA DE DECISIONES ESTADÍSTICAS

FIGURA 20: TOMA DE DECISIONES ESTADÍSTICA



ANEXO III

TABLAS ADICIONALES

TABLAS DESCRIPTIVAS

TABLA 98: PORCENTAJES DE APARICIÓN DE LA CONDUCTA EN LOS PRIMEROS SEIS MESES Y EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES

	Los seis primeros meses de llegar a casa			En los últimos seis meses		
	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Cierto o casi siempre	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Cierto o casi siempre
8. Le cuesta concentrarse o prestar atención por mucho rato.	20,0	24,8	55,2	30,3	42,4	27,3
19. Exige mucha atención.	21,2	35,8	43,0	19,4	54,5	26,1
1. Actúa demasiado inmaduro para su edad.	25,5	26,1	48,5	48,5	40,6	10,9
41. Impulsivo, hace las cosas sin pensar.	31,5	44,2	24,2	37,6	47,9	14,5
10. Está intranquilo, demasiado activo, no puede sentarse quieto.	32,7	20,6	46,7	37,6	45,5	17,0
45. Nervioso, sensible o tenso.	33,9	32,7	33,3	40,6	41,8	17,6
11. Apegado a los adultos, demasiado dependiente.	37,0	27,3	35,8	47,9	43,0	9,1
95. Rabieta o mal genio.	39,4	33,3	27,3	47,9	40,6	11,5

TABLA 98: PORCENTAJES DE APARICIÓN DE LA CONDUCTA EN LOS PRIMEROS SEIS MESES Y EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (CONT.).

	Los seis primeros meses de llegar a casa			En los últimos seis meses		
	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Cierto o casi siempre	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Cierto o casi siempre
22. Desobediente en casa.	41,2	40,6	18,2	33,9	55,2	10,9
43. Dice mentiras o hace trampas.	42,4	41,8	15,8	42,4	44,2	13,3
79. Problemas con la pronunciación o el habla.	44,2	15,8	40,0	61,2	28,5	10,3
27. Fácilmente celoso.	44,8	32,7	22,4	39,4	42,4	18,2
61. Trabajo escolar deficiente.	47,9	23,0	29,1	56,4	30,9	12,7
88. Se enfurruña o incomoda fácilmente.	48,5	32,7	18,8	53,3	35,8	10,9
26. No parece sentirse culpable después de portarse mal.	49,7	32,7	17,6	51,5	27,3	21,2
74. Le gusta llamar la atención, se "hace el payaso".	49,7	35,2	15,2	42,4	45,5	12,1
64. Prefiere jugar con niños más jóvenes.	51,5	29,1	19,4	50,9	36,4	12,7
13. Confuso, parece estar en las nubes.	52,7	29,7	17,6	69,7	24,8	5,5
3. Discute mucho.	54,5	30,3	15,2	27,9	54,5	17,6
86. Testarudo, malhumorado o irritable.	54,5	30,9	14,5	58,8	30,9	10,3
108. Se orina en la cama.	54,5	20,6	24,8	80,0	10,9	9,1
23. Desobediente en la escuela.	56,4	30,3	13,3	53,3	41,2	5,5
47. Pesadillas.	57,6	27,3	15,2	74,5	28,8	0,6
75. Tímido.	59,4	30,3	10,3	62,4	32,1	5,5
71. Vergonzoso.	60,0	29,7	10,3	57,6	38,8	3,6
68. Grita mucho.	60,6	25,5	13,9	59,4	31,5	9,1
14. Llora mucho.	63,6	22,4	13,9	78,8	20,6	0,6
20. Destruye sus cosas.	63,6	24,2	12,1	71,5	22,4	6,1
93. Habla demasiado.	63,6	26,7	9,7	47,3	38,2	14,5
50. Asustadizo o ansioso.	64,8	18,8	16,4	73,9	21,2	4,8
62. Incoordinado o torpe.	64,8	15,8	19,4	81,2	16,4	2,4
17. Sueña despierto o se pierde en sus pensamientos	65,5	22,4	12,1	67,9	26,7	5,5
29. Tiene miedo a ciertos animales, situaciones o lugares aparte de la escuela (describa):	66,1	14,5	19,4	72,1	17,0	10,9
99. Se preocupa demasiado por el orden y la limpieza.	66,1	20,0	13,9	69,1	26,7	4,2
87. Cambios bruscos de humor o sentimientos.	67,3	21,8	10,9	77,0	17,6	5,5
98. Se chupa el dedo.	67,3	14,5	18,2	80,0	12,7	7,3
104. Demasiado ruidoso.	67,3	20,6	12,1	66,7	26,7	6,7
44. Se come las uñas.	67,9	12,1	20,0	65,5	18,2	16,4

TABLA 98: PORCENTAJES DE APARICIÓN DE LA CONDUCTA EN LOS PRIMEROS SEIS MESES Y EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (CONT.).

	Los seis primeros meses de llegar a casa			En los últimos seis meses		
	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Cierto o casi siempre	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Cierto o casi siempre
53. Come demasiado.	67,9	13,9	18,2	74,5	15,8	9,7
63. Prefiere jugar con niños de más edad.	70,3	19,4	10,3	70,9	23,0	6,1
24. Come mal.	70,9	15,8	13,3	77,0	21,8	1,2
36. Se da golpes a menudo o es propenso a tener accidentes.	72,1	17,0	10,9	83,0	14,5	2,4
83. Almacena cosas que no necesita	72,1	14,5	13,3	77,0	17,6	5,5
32. Cree que tiene que ser perfecto/a.	72,7	15,8	11,5	72,1	21,2	6,7
9. No puede apartar ciertos pensamientos de su cabeza, obsesiones (describa):	73,3	15,8	10,9	80,6	13,3	6,1
42. Le gusta estar solo.	73,9	23,0	3,0	72,7	26,7	0,6
6. Hace sus necesidades fuera del retrete.	74,5	15,8	9,7	92,1	6,1	1,8
38. Se burlan de él o ella a menudo.	74,5	17,6	7,9	78,2	20,6	1,2
25. Se lleva mal con los otros niños.	75,2	18,2	6,7	84,2	14,5	1,2
58. Se mete el dedo en la nariz, se pellizca la piel u otras partes del cuerpo (describa):	75,2	17,0	7,9	78,2	19,4	2,4
89. Desconfiado.	75,2	13,9	10,9	85,5	12,1	2,4
21. Destruye cosas que pertenecen a su familia o a otros niños.	77,0	15,8	7,3	81,2	15,2	3,6
35. Cree que es inútil o inferior a los demás.	77,0	13,3	9,7	79,4	18,8	1,8
80. Se queda mirando al vacío.	78,2	16,4	5,5	87,9	10,9	1,2
33. Se queja o piensa que nadie lo quiere.	78,8	18,8	2,4	87,3	12,7	0,0
46. Gestos nerviosos o tics (describa):	79,3	7,3	13,4	85,4	8,5	6,1
37. Se mete en muchas peleas.	79,4	13,9	6,7	77,6	17,0	5,5
52. Se siente demasiado culpable.	79,4	13,9	6,7	83,0	17,0	0,0
7. Presumido, fanfarrón.	80,0	13,9	6,1	66,1	26,7	7,3
48. Cae mal a otros niños.	80,6	15,8	3,6	88,5	10,3	1,2
66. Repite ciertos actos una y otra vez; compulsiones	80,6	6,7	12,7	89,1	7,3	3,0
69. Reservado, taciturno.	80,6	12,1	7,3	86,1	12,7	1,2
31. Tiene miedo de pensar o hacer algo malo.	81,2	12,1	6,7	84,2	14,5	1,2
57. Ataca a otras personas físicamente.	81,2	13,3	5,5	85,5	12,7	1,8
100. Duerme mal	81,8	7,9	10,3	93,9	4,8	1,2

TABLA 98: PORCENTAJES DE APARICIÓN DE LA CONDUCTA EN LOS PRIMEROS SEIS MESES Y EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (CONT.).

	Los seis primeros meses de llegar a casa			En los últimos seis meses		
	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Cierto o casi siempre	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Cierto o casi siempre
65. Se niega a hablar.	83,6	10,3	6,1	89,7	9,1	1,2
77. Duerme más que otros niños, de día o de noche	84,2	10,3	5,5	87,3	9,1	3,6
49. Padece de estreñimiento.	84,8	9,1	6,1	88,5	9,1	2,4
76. Duerme menos que otros niños.	84,8	8,5	6,7	87,3	7,9	4,8
109. Se queja continuamente.	84,8	12,7	2,4	83,6	14,5	1,8
2. Tiene alergias	86,1	6,7	7,3	86,7	10,9	2,4
16. Abusón, cruel o desconsiderado con los demás.	86,7	9,7	3,6	90,3	7,9	1,8
30. Tiene miedo de ir a la escuela.	86,7	7,9	5,5	97,6	1,2	1,2
60. Juega demasiado con los órganos sexuales.	86,7	9,1	4,2	89,7	9,1	1,2
103. Está triste o deprimido, no está contento.	86,7	12,7	0,6	95,8	3,6	0,6
107. Se orina encima durante el día.	86,7	9,7	3,6	95,8	4,2	0,0
113. Por favor, escriba cualquier problema que tenga su hijo/a y que no haya sido citado:						
	87,3	2,4	10,3	89,7	6,1	4,2
34. Piensa que los demás le quieren hacer daño.	87,9	9,7	2,4	94,5	4,8	0,6
90. Jura, dice palabrotas.	87,9	10,3	1,8	78,2	18,2	3,6
102. Poco activo, lento o carece de energía.	88,5	9,1	2,4	93,3	6,7	0,0
5. Se comporta como el sexo opuesto.	89,1	9,1	1,8	90,3	9,1	0,6
84. Hace cosas extrañas	89,1	6,1	4,8	94,5	3,6	1,8
85. Tiene ideas extrañas	89,1	7,9	3,0	93,9	5,5	0,6
92. Habla o camina dormido	89,21	4,2	6,7	89,7	9,7	0,6
18. Se hace daño deliberadamente o intenta suicidarse.	89,7	7,3	3,0	96,4	2,4	1,2
54. Siempre está cansado.	89,7	8,5	1,8	92,7	7,3	0,0
97. Amenaza a otros.	89,7	8,5	1,8	90,3	6,7	3,0
12. Se queja de que se siente solo.	90,3	6,1	3,6	89,7	10,3	0,0
96. Piensa demasiado sobre temas sexuales.	90,9	6,1	3,0	89,1	10,9	0,0
111. Retraído, insociable.	90,9	7,9	1,2	95,8	4,2	0,0
112. Preocupón.	90,9	4,2	4,8	90,9	7,9	1,2
15. Cruel con los animales.	91,5	6,1	2,4	95,8	3,6	0,6
59. Juega con los órganos sexuales en público.	91,5	5,5	3,0	92,7	6,7	0,6
94. Se burla mucho de otros niños.	91,5	6,7	1,8	89,7	9,1	1,2
28. Come o bebe cosas que no son comida	92,1	4,2	3,6	92,7	6,7	0,6

TABLA 98: PORCENTAJES DE APARICIÓN DE LA CONDUCTA EN LOS PRIMEROS SEIS MESES Y EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (CONT.).

	Los seis primeros meses de llegar a casa			En los últimos seis meses		
	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Cierto o casi siempre	Falso o raramente	En parte o algunas veces	Cierto o casi siempre
82. Roba fuera de casa.	92,1	4,8	3,0	93,9	5,5	0,6
51. Le dan mareos.	93,9	4,8	1,2	95,2	4,8	0,0
56. Síntomas físicos para los que no se ha encontrado una causa médica. Dolores o molestias. Dolores de cabeza. Nauseas, ganas de vomitar. Problemas con los ojos _____ Ronchas u otros problemas de la piel. Dolores de barriga, retortijones. Vómitos. Otros: _____	93,9	3,6	2,4	95,8	3,0	1,2
91. Dice que se quiere matar.	93,9	5,5	0,6	98,2	1,8	0,0
40. Oye cosas o personas que no están allí	95,2	4,2	0,6	97,6	2,4	0,0
110. Le gustaría pertenecer al otro sexo.	95,2	4,2	0,6	93,9	5,5	0,6
72. Prende fuegos.	96,4	3,6	0,0	98,8	1,2	0,0
39. Tiene malas compañías.	97,0	2,4	0,6	93,3	6,1	0,6
67. Se fuga de casa.	97,0	2,4	0,6	97,6	2,4	0,0
73. Problemas sexuales	97,0	1,2	1,8	98,2	1,8	0,0
70. Ve cosas que no están allí	97,6	1,8	0,6	97,6	2,4	0,0
81. Roba en casa.	97,9	9,1	3,0	92,7	4,8	2,4
4. Tiene asma.	98,2	1,2	0,6	98,2	1,8	0,0
55. Demasiado gordo.	98,2	1,2	0,6	96,4	2,4	1,2
106. Vandalismo, gamberrismo.	98,2	0,6	1,2	99,4	0,6	0,0
105. Toma alcohol o usa drogas	98,8	1,2	0,0	98,8	1,2	0,0
78. Embadurna o juega con sus excrementos.	100	0,0	0,0	100	0,0	0,0
101. Falta a la escuela, hace novillos.	100	0,0	0,0	98,8	1,2	0,0

En la tabla se expresan el porcentaje de menores que tenían determinado problema raramente, a veces o casi siempre tanto al inicio de la convivencia (sombreado) como en los últimos seis meses. Tabla ordenada de mayor a menor porcentaje de aparición de la conducta al inicio de la convivencia.

TABLA 99: PORCENTAJES DE PUNTUACIÓN EN LA ESCALA IEA POR ITEMS Y FACTORES

	No se ha dado	Sí se ha dado		
		Dificultad		
		Leve	Moderada	Grave
1. Algún familiar o amigo cercano ha manifestado rechazo hacia mi hijo	85,4	11,6	1,8	1,2
2. Todavía me siento herido o frustrado por no poder tener hijos biológicos	93,3	6,1	0,6	--
3. Mi hijo sólo se relaciona con personas de un sexo	98,2	0,6	0,6	0,6
4. Ha aumentado mucho el volumen de trabajo en el hogar desde que está mi hijo	7,3	32,3	53,0	7,3
5. Mis otros hijos tienen más problemas desde que adoptamos a X.	85,4	10,4	3,7	0,6
6. He tenido algunos problemas con la ECAI o con el IMMF durante la adopción	56,1	12,8	16,5	14,6
7. Mi hijo tiene alguna minusvalía física	93,9	4,3	1,2	0,6
8. Mi hijo siente una clara predilección por uno de los miembros de la pareja	65,2	24,4	9,8	0,6
9. Mi hijo y sus otros hermanos discuten y se pelean mucho	70,1	21,3	6,7	1,8
10. Alguna vez no me he sentido reconocido como padre/madre por mi hijo	81,7	14,6	3,0	0,6
11. La familia biológica de mi hijo ha intentado ponerse en contacto con él	98,8	1,2	--	--
12. La edad de mi hijo ha planteado alguna dificultad en su adaptación	57,3	24,4	9,8	0,6
13. Pienso que si X fuera mi hijo biológico todo sería distinto	86,6	9,8	2,4	1,2
14. Mi hijo sólo se relaciona con uno de los dos miembros de la pareja	94,5	4,3	1,2	--
15. Se han presentado episodios de racismo/xenofobia hacia mi hijo	78,0	18,9	3,0	--
16. Ha sido necesario crear nuevas rutinas en la vida familiar desde que llegó nuestro hijo	11,0	36,6	48,2	4,3
17. A veces pienso que mi hijo no me quiere	89,0	8,5	1,8	0,6
18. Creo que en el país de origen escondieron información importante sobre mi hijo	95,7	3,0	1,2	--
19. Me siento mal por mi infertilidad o la de mi pareja	95,7	3,0	1,2	--
20. Mi vida está ahora supeditada a las necesidades de mi hijo	15,3	39,9	36,8	8,0

TABLA 99: PORCENTAJES DE PUNTUACIÓN EN LA ESCALA IEA POR ITEMS Y FACTORES (CONT.).

	No se ha dado	Sí se ha dado		
		Dificultad		
		Leve	Moderada	Grave
21. Desde que nuestro hijo llegó no podemos hacer las mismas cosas que hacíamos antes como pareja o como familia	26,8	42,7	25,0	5,5
22. Echo de menos tener una pareja en el cuidado de mi hijo	87,8	9,8	1,2	1,2
23. Me he sentido defraudado y engañado en el proceso de adopción	70,1	14,6	7,3	7,9
24. A veces pienso que la familia biológica de mi hijo puede aparecer en cualquier momento	93,9	5,5	0,6	--
25. Le ha costado acostumbrarse al entorno	57,3	27,4	13,4	1,8
26. He tenido alguna reunión con el profesor de mi hijo a causa de sus dificultades	25,6	37,2	28,0	9,1
27. A veces no me da tiempo a hacer todo lo que hace falta en casa desde que está mi hijo	31,7	50,0	14,6	3,7
28. Han surgido problemas de celos entre mi hijo y sus hermanos	70,1	18,9	7,3	3,7
29. A veces mi hijo dice que se quiere ir de casa (con otra familia o volver a su país...)	86,6	9,8	3,0	0,6
30. A mi hijo le cuesta mucho demostrar afecto	85,4	11,0	3,0	0,6
31. Creo que se me hicieron tomar algunas decisiones muy precipitadamente durante el proceso de adopción	89,6	7,3	1,2	1,8
32. Mi hijo tiene alguna minusvalía psíquica	89,6	7,3	1,2	1,8
33. Pienso que mi hijo tiene algún trastorno que no ha sido diagnosticado	83,5	12,8	1,2	2,4
34. X tenía costumbres extrañas para nosotros cuando llegó	65,9	23,8	6,1	4,3
35. Estoy más cansado que antes	29,9	43,3	21,3	5,5
36. Siento que la gente me mira por la calle cuando voy con mi hijo	78,0	17,7	4,3	--
37. El niño me ocupa todo el tiempo de que dispongo	28,0	45,7	19,5	6,7
38. Desde que somos padres han aumentado nuestros problemas de pareja	71,8	22,1	5,5	0,6
39. He tenido algunas dificultades por el hecho de cuidar solo/sola de mi hijo	84,7	9,8	4,9	0,6
40. La ficha de preasignación era insuficiente para conocer el estado de mi hijo	44,5	28,0	16,5	11,0

TABLA 99: PORCENTAJES DE PUNTUACIÓN EN LA ESCALA IEA POR ÍTEMS Y FACTORES (CONT.).

	No se ha dado	Sí se ha dado		
		Dificultad		
		Leve	Moderada	Grave
41. Hemos tenido algunos problemas para entendernos con X a causa del idioma	56,1	29,3	10,4	4,3
42. Desde que mi hijo está en casa no tengo tiempo para estar sólo	35,4	46,3	16,5	1,8
43. Es difícil encontrar tiempo para la pareja teniendo un hijo	48,8	36,6	12,2	2,4
44. En ocasiones me siento muy sólo por el hecho de no compartir mi maternidad/paternidad con otra persona	87,2	10,4	1,8	0,6
45. Mi hijo rechaza el contacto físico conmigo o con otros miembros de la familia	94,5	4,9	0,6	--
46. Mi hijo habla a veces de su familia biológica	67,7	23,2	8,5	0,6
47. Mi hijo tiene problemas de conducta	61,6	20,7	11,6	6,1
48. Me encuentro mal físicamente desde que adopté	89,0	7,9	3,0	--
49. Algunos problemas me han hecho pensar en cambiar a mi hijo de colegio	67,1	18,3	7,3	7,3
50. Ser padre supone una sobrecarga de trabajo para mí	67,7	26,8	4,3	1,2
51. Mi pareja y yo discutimos más desde que nuestro hijo está con nosotros	67,1	27,4	5,5	--
52. He adoptado más de un niño a la vez	82,3	11,0	2,4	4,3
53. Duermo menos que antes	60,4	28,7	9,8	1,2
54. He tenido que afrontar algunos problemas en el colegio de mi hijo	49,1	29,4	14,7	6,7
55. La llegada de mi hijo ha supuesto un cambio radical en la vida familiar	22,0	47,6	23,2	7,3
56. Alguna vez mi hijo/a me ha echado en cara que no soy su padre/madre	87,2	11,0	--	1,8
57. Pienso que me falta información imprescindible para comprender a mi hijo	73,2	15,2	5,5	6,1
58. Mi hijo tiene alguna enfermedad crónica	90,2	4,9	3,7	1,2

En la tabla se incluyen todos los ítems del cuestionario, en orden numérico, seguidos de los porcentajes válidos de respuesta dados por la muestra.

ANÁLISIS FACTORIAL DE LAS ESCALAS

ANÁLISIS FACTORIAL FCOPEs

Analizamos la validez del instrumento a través del análisis factorial del que extraemos por el análisis de componentes principales 9 factores que explican en total un 66,45% de la varianza del cuestionario (Tabla 100)

TABLA 100: PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA POR EL F-COPES

Autovalores iniciales			
Componente	Total	% de la varianza	% acumulado
1	6,27	20,23	20,23
2	3,83	12,36	32,59
3	2,73	8,81	41,40
4	1,63	5,24	46,65
5	1,46	4,70	51,35
6	1,30	4,19	55,53
7	1,23	3,96	59,49
8	1,15	3,71	63,21
9	1,00	3,24	66,45
10	0,88	2,83	69,27

TABLA 101: MATRIZ FACTORIAL ROTADA F-COPES

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
COPES3	0,828			0,141		-0,160			
COPES7	0,760				-0,217			0,139	-0,167
COPES11	0,726					0,108		-0,179	-0,108
COPES15	0,625		0,219		0,176				0,258
COPES24	0,591				0,366	-0,137		-0,174	-0,299
COPES13	0,549			0,146	0,105	0,201	0,492	-0,108	
COPES22	0,512	-0,157			-0,190	-0,371	0,103		0,375
COPES1	0,108	0,804			-0,213	0,248			0,196
COPES5	0,136	0,786							
COPES25		0,763	0,110	0,256					-0,143
COPES16	-0,112	0,691		0,113	0,336		0,182	-0,141	
COPES2	-0,127	0,677		0,200	0,231		0,212	-0,174	
COPES23			0,907	0,167		0,136			

TABLA 101: MATRIZ FACTORIAL ROTADA F-COPES (CONT.).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
COPES14	0,105		0,875			0,144	0,105		
COPES27		0,192	0,780	0,206	0,155				
COPES30	0,128		0,669	0,111			0,363		0,152
COPES8			0,147	0,805					
COPES10		0,256	0,304	0,774	0,138	0,215			
COPES29		0,192	0,112	0,699	0,145		0,221	-0,114	0,178
COPES17	0,257		0,177	0,445	0,256		0,150	0,294	0,146
COPES18			0,284	0,185	0,618		0,192	0,146	
COPES19	0,388			0,127	0,560	0,210	-0,112	0,140	0,177
COPES4		0,323		0,431	0,503	0,124			
COPES6			0,120	0,209		0,801			
COPES21	-0,120	0,298			0,372	0,594			
COPES9	0,197	-0,101	0,150	0,100	0,258	0,417	0,326	-0,132	-0,188
COPES31	-0,112	0,312	0,104	0,340			0,643		
COPES20		0,394	0,167	0,106	0,300		0,407	0,339	-0,127
COPES26	-0,108				0,145			0,791	
COPES12			0,177	0,161		0,322	0,439	0,511	
COPES28	-0,124		0,103						0,851

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. Sólo se representan los coeficientes mayores o iguales a 0,1.

ANÁLISIS FACTORIAL PS

TABLA 102: PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA DEL PS

Autovalores iniciales			
Componente	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,53	27,12	27,12
2	1,97	15,19	42,31
3	1,29	9,92	52,23
4	1,04	8,03	60,25

TABLA 103: MATRIZ FACTORIAL ROTADA PS

	1	2	3	4
EDUC1 cuando le hado una advertencia a mi hijo (a menudo lo dejo pasar /siempre cumplo lo que digo))inv	0,787	-0,089	0,091	0,113

TABLA 103: MATRIZ FACTORIAL ROTADA PS (CONT.).

	1	2	3	4
EDUC2 si mi hijo se siente mal cuando le digo que no (cedo/mantengo lo dicho)inv	0,861	0,064	-0,169	-0,004
EDUC3 cuando mi hijo no hace lo que le pido (le dejo marchar/tomo medidas)inv	0,820	-0,158	0,073	-0,123
EDUC4 cuando le digo que no puede hacer algo (dejo que lo haga/mantengo lo dicho)inv	0,777	-0,109	-0,142	0,177
EDUC5 si decir que no no funciona (hago algo/ofrezco algo divertido para que haga)inv	0,086	-0,181	0,000	-0,677
EDUC6 cuando hace algo que no me gusta (hago algo cada vez que ocurre/a menudo le dejo marchar)	0,203	-0,107	0,063	0,718
EDUC7 cuando mi hijo se porta mal (levanto la voz o grito/le hablo con calma)	-0,122	0,631	0,158	0,330
EDUC8 cuando mi hijo se porta mal (no me siento mal/me frustro y me enfado)INV	-0,029	0,654	0,318	-0,206
EDUC9 cuando hay un problema con mi hijo (hago lo que no quería/no se me va de las manos)	-0,440	0,557	0,128	0,072
EDUC10 insulto, digo palabrotas...(nunca o raramente/la mayoría de las veces)INV	0,047	0,815	0,006	0,076
EDUC11 cuando mi hijo se porta mal (discuto con él/lo ignoro)INV	-0,233	0,495	-0,446	-0,286
EDUC12 cuando me siento estresado o mal (estoy detrás de él/no estoy más susceptible)	-0,155	0,365	0,577	0,026
EDUC13 cuando tengo a mi hijo a la vista (no sé lo que hace/siempre tengo una idea de lo que hace)	-0,033	0,087	0,746	0,025

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

OTRAS TABLAS ESTADÍSTICAS

TABLA 104: DIFERENCIAS EN LA CONDUCTA DEL MENOR AL LLEGAR EN FUNCIÓN DE LA EDAD DEL MENOR

	3-6		6-9		9-12		12-15		χ^2	g.l.	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
AIS_P	2,17	2,20	3,33	3,64	4,00	4,17	5,00	3,67	7,956	3	0,047*
SOM_P	0,35	0,87	1,07	1,98	0,82	1,25	0,80	1,10	6,458	3	0,091
ANS_P	3,93	3,81	6,74	6,10	6,45	6,89	7,60	5,59	8,512	3	0,037*
SOCI_P	4,11	2,75	4,71	3,31	4,91	2,66	5,60	1,95	2,885	3	0,410

TABLA 104: DIFERENCIAS EN LA CONDUCTA DEL MENOR AL LLEGAR EN FUNCIÓN DE LA EDAD DEL MENOR (CONT.).

	3-6		6-9		9-12		12-15		χ^2	g.l.	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
PENS_P	1,14	1,88	1,67	2,49	2,00	2,65	0,60	0,55	1,667	3	0,644
ATT_P	8,45	5,27	9,17	5,40	8,00	4,84	10,80	4,92	1,622	3	0,654
DEL_P	2,08	1,79	3,21	3,75	3,27	2,24	2,00	1,00	3,770	3	0,287
AGR_P	9,03	7,00	12,07	8,88	11,64	7,99	4,80	4,21	7,352	3	0,061
SEX_P	0,63	1,62	0,86	1,73	0,36	0,67	0,00	0,00	2,797	3	0,424
OTR_P	9,79	6,59	9,79	7,64	9,91	6,92	6,40	2,61	1,265	3	0,737
INT_P	6,35	5,42	10,93	10,54	11,09	10,58	13,00	9,03	7,435	3	0,059
EXT_P	11,11	8,17	15,29	12,15	14,91	9,79	6,80	4,55	6,038	3	0,110
TOT_P	37,08	21,76	48,43	32,53	47,82	29,98	38,20	18,32	2,964	3	0,397

AIS_P = Problemas iniciales de aislamiento; SOM_P=Quejas somáticas iniciales ; ANS_P= Problemas iniciales de ansiedad; SOCI_P= Problemas sociales iniciales ; PENS_P =Problemas iniciales de pensamiento; ATT_P=Problemas iniciales de atención; DEL_P=Conducta delincuente al inicio; AGR_P=Conducta agresiva al inicio; SEX_P=Problemas sexuales iniciales; OTR_P=Otros problemas al inicio; INT_P=Síndrome internalizante al inicio; EXT_P= Síndrome internalizante al inicio;TOT_P= Total inicial de problemas de conducta. El contraste realizado ha sido H de Kruskal-Wallis. *p<0,05.

TABLA 105: DIFERENCIAS EN LA CONDUCTA DEL MENOR AL LLEGAR EN FUNCIÓN DEL PAÍS DE ORIGEN

	Rusia		Rumania		Colombia		Bulgaria		India		Ucrania		Perú		China		Otros		χ^2	g.l.	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
AIS_P	2,42	1,92	1,41	1,66	2,73	3,12	2,41	2,12	2,77	2,45	3,36	3,01	3,70	4,24	1,88	1,36	4,80	5,10	10,900	8	0,207
SOM_P	0,81	1,70	0,31	0,71	0,50	0,86	0,47	0,87	0,54	1,33	0,18	0,60	0,60	1,35	0,38	1,06	1,07	2,22	3,840	8	0,871
ANS_P	4,89	4,01	3,41	3,46	3,85	4,06	4,35	4,06	5,31	5,17	6,55	5,13	8,10	6,51	2,50	1,77	7,93	8,34	11,864	8	0,157
SOCI_P	4,56	2,91	5,14	2,88	3,12	2,82	5,00	2,35	3,77	2,45	5,18	3,57	4,90	3,57	2,25	2,12	4,33	3,11	13,476	8	0,097
PENS_P	1,39	2,18	1,72	2,39	1,00	2,06	1,24	2,11	1,23	1,30	2,18	3,03	1,00	1,76	0,63	0,74	1,40	2,41	5,887	8	0,660
ATT_P	8,53	4,85	10,89	4,82	7,23	5,27	10,06	4,79	6,38	4,03	11,91	5,63	7,90	5,20	3,38	4,03	8,67	6,54	23,175	8	0,003**
DEL_P	2,89	3,66	2,83	2,00	1,96	1,91	2,35	2,23	1,62	1,66	3,09	2,26	2,40	1,90	1,00	0,76	3,07	2,71	11,048	8	0,199
AGR_P	10,86	9,56	10,21	6,60	9,12	7,49	10,24	6,81	7,62	6,61	12,91	5,92	10,90	4,63	4,13	4,32	10,27	10,05	13,469	8	0,097
SEX_P	0,44	1,03	1,00	2,31	0,77	1,88	1,00	1,77	0,62	1,33	0,55	1,04	0,20	0,42	0,13	0,35	0,47	1,30	2,660	8	0,954
OTR_P	9,19	6,60	9,90	6,58	7,69	8,12	11,47	5,52	10,69	7,50	12,82	7,01	9,50	6,40	6,88	3,64	8,53	6,98	11,796	8	0,161
INT_P	8,06	6,26	5,07	4,67	6,92	7,00	7,06	5,73	8,46	7,72	9,91	7,35	12,10	10,32	4,63	3,38	13,53	14,22	11,733	8	0,164
EXT_P	13,75	12,63	13,03	7,65	11,08	8,95	12,59	8,65	9,23	7,54	16,00	6,93	13,30	5,95	5,13	4,97	13,33	12,51	14,346	8	0,073
TOT_P	42,44	28,19	39,57	20,36	34,73	28,14	43,53	20,90	37,00	21,78	53,27	21,71	45,80	24,63	21,38	13,86	46,33	38,58	13,421	8	0,098

AIS_P = Problemas iniciales de aislamiento; SOM_P=Quejas somáticas iniciales ; ANS_P= Problemas iniciales de ansiedad; SOCI_P= Problemas sociales iniciales ; PENS_P =Problemas iniciales de pensamiento; ATT_P=Problemas iniciales de atención; DEL_P=Conducta delincuente al inicio; AGR_P=Conducta agresiva al inicio; SEX_P=Problemas sexuales iniciales; OTR_P=Otros problemas al inicio; INT_P=Síndrome internalizante al inicio; EXT_P= Síndrome internalizante al inicio;TOT_P= Total inicial de problemas de conducta.. El contraste realizado ha sido H de Kruskal-Wallis. **p<0,01.

TABLA 106: CORRELACIÓN ENTRE LOS PROBLEMAS INICIALES DE CONDUCTA Y LOS ESTUDIOS DE LOS PADRES

	Estudios de la madre	Estudios del padre
AIS_P problemas de aislamiento (pre)	-0,088	-0,112
SOM_P quejas somáticas (pre)	-0,169*	-0,062
ANS_P problemas de ansiedad (pre)	-0,043	-0,085
SOCI_P problemas sociales (pre)	-0,023	0,010
PENS_P problemas de pensamiento (pre)	-0,121	-0,049
ATT_P problemas de atención (pre)	-0,162*	-0,060
DEL_P conductas delincuentes (pre)	-0,021	-0,004
AGR_P conducta agresiva (pre)	-0,084	-0,076
SEX_P problemas sexuales (pre)	0,061	-0,046
OTR_P otros problemas (pre)	-0,074	-0,024
INT_P sdrome internalizante (pre)	-0,050	-0,089
EXT_P conducta externalizante (pre)	-0,073	-0,066
TOT_P total problemas pre	-0,084	-0,065

El coeficiente de correlación utilizado es rho de Spearman * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

TABLA 107: DIFERENCIAS EN LA CONDUCTA DEL MENOR AL LLEGAR EN FUNCIÓN DEL TIPO DE FAMILIA

	monoparental		biparental sin hijos		biparental con hijos		χ^2	g.l.	p
	\bar{X}	S ²	\bar{X}	S ²	\bar{X}	S ²			
AIS_P problemas de aislamiento (pre)	2,40	2,82	2,54	2,67	3,15	3,37	0,632	2	0,729
SOM_P quejas somáticas (pre)	0,67	1,69	0,57	1,27	0,49	1,03	0,083	2	0,960
ANS_P problemas de ansiedad (pre)	5,00	5,47	4,42	4,58	6,07	5,12	4,335	2	0,114
SOCI_P problemas sociales (pre)	4,07	3,30	4,17	2,81	5,05	2,85	3,746	2	0,154
PENS_P problemas de pensamiento (pre)	1,10	1,99	1,24	1,88	1,83	2,72	1,573	2	0,455
ATT_P problemas de atención (pre)	7,67	5,47	8,62	5,13	9,73	5,49	2,744	2	0,254
DEL_P conductas delincuentes (pre)	2,33	2,20	2,45	2,79	2,73	2,03	2,007	2	0,367
AGR_P conducta agresiva (pre)	9,37	7,32	10,08	8,01	10,17	7,26	0,224	2	0,894
SEX_P problemas sexuales (pre)	0,73	2,10	0,67	1,49	0,54	1,25	0,176	2	0,916
OTR_P otros problemas (pre)	8,03	6,25	9,24	6,64	11,49	7,15	5,060	2	0,080
INT_P sdrome internalizante (pre)	7,97	9,04	7,40	7,22	9,51	8,00	2,942	2	0,230
EXT_P conducta externalizante (pre)	11,70	8,88	12,53	10,28	12,90	8,55	0,573	2	0,751
TOT_P total problemas pre	37,83	27,80	39,97	26,15	45,45	24,02	3,277	2	0,194

El contraste utilizado ha sido H de Kruskal-Wallis. Ninguna diferencia ha resultado significativa

TABLA 108: CORRELACIÓN ENTRE LOS PROBLEMAS INICIALES DE CONDUCTA Y EL NIVEL DE INGRESOS FAMILIARES

	Nivel de ingresos
AIS_P problemas de aislamiento (pre)	-0,105
SOM_P quejas somáticas (pre)	-0,081
ANS_P problemas de ansiedad (pre)	-0,060
SOCI_P problemas sociales (pre)	0,001
PENS_P problemas de pensamiento (pre)	-0,155
ATT_P problemas de atención (pre)	-0,148
DEL_P conductas delincuentes (pre)	-0,067
AGR_P conducta agresiva (pre)	-0,060
SEX_P problemas sexuales (pre)	0,076
OTR_P otros problemas (pre)	0,028
INT_P síndrome internalizante (pre)	-0,076
EXT_P conducta externalizante (pre)	-0,057
TOT_P total problemas pre	-0,074

El coeficiente de correlación utilizado es rho de Spearman. Ninguna correlación es significativa

TABLA 109: DIFERENCIAS EN LA CONDUCTA DEL MENOR AL LLEGAR EN FUNCIÓN DEL TIPO DE TRAMITACIÓN

	U	p
AIS_P problemas de aislamiento (pre)	1896,5	0,699
SOM_P quejas somáticas (pre)	1939,5	0,798
ANS_P problemas de ansiedad (pre)	1945	0,865
SOCI_P problemas sociales (pre)	1684,5	0,190
PENS_P problemas de pensamiento (pre)	1930	0,798
ATT_P problemas de atención (pre)	1790	0,434
DEL_P conductas delincuentes (pre)	1676	0,174
AGR_P conducta agresiva (pre)	1774,5	0,362
SEX_P problemas sexuales (pre)	1786,5	0,255
OTR_P otros problemas (pre)	1861,5	0,594
INT_P síndrome internalizante (pre)	1939,5	0,846
EXT_P conducta externalizante (pre)	1742,5	0,293
TOT_P total problemas pre	1818,5	0,511

El contraste utilizado ha sido U de Mann-Witney. Ninguna diferencia ha resultado significativa

TABLA 110: CORRELACIONES ENTRE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA AL LLEGAR Y EL TIEMPO DE TRAMITACIÓN

	Tiempo de tramitación
AIS_P problemas de aislamiento (pre)	-0,015
SOM_P quejas somáticas (pre)	0,071
ANS_P problemas de ansiedad (pre)	0,144
SOCI_P problemas sociales (pre)	0,055
PENS_P problemas de pensamiento (pre)	-0,006
ATT_P problemas de atención (pre)	0,008
DEL_P conductas delincuentes (pre)	0,065
AGR_P conducta agresiva (pre)	0,131
SEX_P problemas sexuales (pre)	-0,004
OTR_P otros problemas (pre)	0,029
INT_P síndrome internalizante (pre)	0,101
EXT_P conducta externalizante (pre)	0,124
TOT_P total problemas pre	0,097

El coeficiente de correlación utilizado es rho de Spearman. Ninguna correlación es significativa

TABLA 111: DIFERENCIAS EN EL ESTRÉS FAMILIAR EN FUNCIÓN DEL INFORMADOR

	madre		padre		ambos		χ^2	g.l.	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
TRANS transición a la parentalidad	11,88	5,84	11,93	6,60	12,00	5,90	0,075	2	0,963
VINC dificultades de vinculación paterno-filial	1,41	2,56	1,68	3,19	1,33	1,97	0,655	2	0,721
ESC dificultades de integración social y escolar	3,78	3,27	4,58	4,45	2,50	2,59	1,266	2	0,531
PRC dificultades en el proceso	3,59	4,00	3,44	3,65	0,50	0,84	6,442	2	0,040*
MONO estrés derivado monoparentalidad	0,12	0,39	0,77	1,55	0,00	0,00	9,469	2	0,009**
HNOS dificultades entre hermanos	1,18	1,58	1,05	1,80	0,17	0,41	2,970	2	0,226
NESP cuidado de un menor con necesidades especiales	0,43	0,82	0,83	1,79	0,17	0,41	1,372	2	0,504
INFER no aceptación de la infertilidad	0,43	0,76	0,54	0,97	0,67	0,52	1,980	2	0,372
DSQ desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja	0,65	1,36	0,53	0,81	0,67	0,82	0,431	2	0,806
TRB aumento de trabajo	3,82	1,39	3,47	1,82	3,33	1,63	1,754	2	0,416
FCA minusvalía física	0,06	0,24	0,18	0,58	0,33	0,82	1,740	2	0,419
CULT inserción cultural	1,76	1,60	2,01	2,00	1,33	2,34	1,607	2	0,448

TABLA 111: DIFERENCIAS EN EL ESTRÉS FAMILIAR EN FUNCIÓN DEL INFORMADOR (CONT.).

	madre		padre		ambos		χ^2	g.l.	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
STG adopción como estigma	0,94	1,28	1,26	1,38	1,17	1,47	2,891	2	0,236
OTRR otras fuentes de estrés	4,02	1,95	3,81	2,58	2,67	1,86	3,538	2	0,170

El contraste realizado ha sido H de Kruskal-Wallis. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

TABLA 112: CORRELACIONES ENTRE EL ESTRÉS FAMILIAR Y LA EDAD DEL MENOR

	Edad del menor
IEATOT total de estrés adoptivo	-0,008
TRANS transición a la parentalidad	-0,237**
VINC dificultades de vinculación paterno-filial	0,238**
ESC dificultades de integración social y escolar	0,177*
PRC dificultades en el proceso	0,072
MONO estrés derivado monoparentalidad	-0,023
HNOS dificultades entre hermanos	0,051
NESP cuidado de un menor con necesidades especiales	-0,061
INFER no aceptación de la infertilidad	-0,048
DSQ desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja	-0,102
TRB aumento de trabajo	-0,224**
FCA minusvalía física	0,004
CULT inserción cultural	0,090
STG adopción como estigma	0,092
OTRR otras fuentes de estrés	0,167*

El coeficiente de correlación utilizado ha sido Rho de Spearman. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

TABLA 113: CORRELACIONES ENTRE EL ESTRÉS FAMILIAR Y LOS ESTUDIOS DE LOS PADRES

	Estudios de la madre	Estudios del padre
IEATOT total de estrés adoptivo	-0,137	-0,210*
IEANUM número de fuentes de estrés	-0,110	-0,201*
TRANS transición a la parentalidad	-0,187*	-0,163
VINC dificultades de vinculación paterno-filial	-0,032	-0,065
ESC dificultades de integración social y escolar	-0,008	-0,036
PRC dificultades en el proceso	-0,086	-0,106
MONO estrés derivado monoparentalidad	0,043	-0,091
HNOS dificultades entre hermanos	0,047	-0,033

TABLA 113: CORRELACIONES ENTRE EL ESTRÉS FAMILIAR Y LOS ESTUDIOS DE LOS PADRES (CONT.).

	Estudios de la madre	Estudios del padre
NESP cuidado de un menor con necesidades especiales	-0,174*	-0,130
INFER no aceptación de la infertilidad	-0,196	-0,149
DSQ desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja	-0,090	-0,087
TRB aumento de trabajo	-0,135	-0,186*
FCA minusvalía física	-0,033	0,089
CULT inserción cultural	-0,027	0,020
STG adopción como estigma	0,056	0,098
OTRR otras fuentes de estrés	-0,089	-0,186*

Las correlaciones con los estudios del padre sólo se han calculado para las familias biparentales. El coeficiente de correlación utilizado ha sido Rho de Spearman.. * $p < 0,05$.

TABLA 114: DIFERENCIAS EN EL ESTRÉS FAMILIAR EN FUNCIÓN DE LA FORMACIÓN RECIBIDA POR LA FAMILIA

	no		IMMF		ECAI		χ^2	gl	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
IEATOT total de estrés adoptivo	25,92	16,17	26,18	13,57	29,33	16,86	1,792	2	0,408
IEANUM número de fuentes de estrés	17,17	7,52	17,91	6,40	19,53	8,18	2,452	2	0,293
TRANS transición a la parentalidad	11,60	5,91	11,45	6,72	12,39	6,34	1,132	2	0,568
VINC dificultades de vinculación paterno-filial	1,27	2,35	0,95	1,84	1,86	3,36	1,595	2	0,451
ESC dificultades de integración social y escolar	3,54	3,87	4,73	4,48	4,53	4,05	2,963	2	0,227
PRC dificultades en el proceso	2,54	3,49	3,36	2,85	3,73	3,96	3,953	2	0,139
MONO estrés derivado monoparentalidad	0,73	1,60	0,32	0,65	0,52	1,29	0,108	2	0,947
HNOS dificultades entre hermanos	1,12	1,40	0,55	1,30	1,12	1,89	4,620	2	0,099
NESP cuidado de un menor con necesidades especiales	0,59	1,82	0,27	0,55	0,83	1,55	3,556	2	0,169
INFER no aceptación de la infertilidad	0,32	0,61	0,59	0,91	0,59	0,98	2,918	2	0,232
DSQ desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja	0,73	1,41	0,41	0,80	0,54	0,82	0,969	2	0,616
TRB aumento de trabajo	3,59	1,88	3,09	1,48	3,73	1,62	3,616	2	0,164
FCA minusvalía física	0,12	0,51	0,23	0,87	0,14	0,41	0,711	2	0,701
CULT inserción cultural	1,66	1,91	1,73	1,64	2,04	1,96	1,794	2	0,408

TABLA 114: DIFERENCIAS EN EL ESTRÉS FAMILIAR EN FUNCIÓN DE LA FORMACIÓN RECIBIDA POR LA FAMILIA (CONT.).

	no		IMMF		ECAI		χ^2	gl	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
STG adopción como estigma	1,32	1,49	1,05	1,00	1,12	1,36	0,727	2	0,695
OTRR otras fuentes de estrés	3,71	2,42	3,86	2,61	3,90	2,31	0,547	2	0,761

El contraste utilizado ha sido H de Kruskal-Wallis. Ninguna diferencia ha resultado significativa

TABLA 115: DIFERENCIAS EN EL ESTRÉS FAMILIAR EN FUNCIÓN DE LA ENTIDAD QUE REALIZÓ LA VALORACIÓN PSICOSOCIAL

	IMMF		TIPAI		U	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x		
IEATOT total de estrés adoptivo	26,03	14,66	29,05	16,98	2552,5	0,434
IEANUM número de fuentes de estrés	17,70	7,79	19,25	7,80	2691	0,284
TRANS transición a la parentalidad	10,95	5,65	12,74	6,49	2430	0,122
VINC dificultades de vinculación paterno-filial	1,42	2,81	1,72	3,12	2687,5	0,319
ESC dificultades de integración social y escolar	4,18	3,93	4,26	4,17	2860,5	0,845
PRC dificultades en el proceso	2,92	2,94	3,69	4,18	2787,5	0,567
MONO estrés derivado monoparentalidad	0,81	1,77	0,31	0,78	2594	0,096
HNOS dificultades entre hermanos	1,08	1,77	1,07	1,70	2876	0,778
NESP cuidado de un menor con necesidades especiales	0,31	0,71	0,88	1,79	2416	0,018
INFER no aceptación de la infertilidad	0,48	0,99	0,53	0,84	2801,5	0,539
DSQ desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja	0,52	0,82	0,63	1,12	2795	0,615
TRB aumento de trabajo	3,42	1,80	3,74	1,59	2649,5	0,279
FCA minusvalía física	0,10	0,39	0,19	0,59	2739	0,170
CULT inserción cultural	1,84	1,84	1,79	1,78	2920,5	0,928
STG adopción como estigma	1,21	1,42	1,06	1,26	2844	0,702
OTRR otras fuentes de estrés	3,76	2,65	3,87	2,17	2739,5	0,454

El contraste utilizado ha sido U de Mann-Witney. Ninguna diferencia ha resultado significativa.

TABLA 116: DIFERENCIAS EN EL ESTRÉS FAMILIAR EN FUNCIÓN DEL SEXO DEL MENOR

	varón		mujer		U	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x		
IEATOT total de estrés adoptivo	28,36	17,07	27,44	15,45	3022,5	0,780
IEANUM número de fuentes de estrés	12,09	6,56	11,92	5,99	3182,5	0,885

TABLA 116: DIFERENCIAS EN EL ESTRÉS FAMILIAR EN FUNCIÓN DEL SEXO DEL MENOR (CONT.).

	varón		mujer		U	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x		
TRANS transición a la parentalidad	1,46	2,95	1,74	2,96	3059,5	0,378
VINC dificultades de vinculación paterno-filial	4,64	4,00	3,93	4,17	2819,5	0,130
ESC dificultades de integración social y escolar	3,41	3,86	3,32	3,57	3292,5	0,964
PRC dificultades en el proceso	0,49	1,34	0,59	1,26	3163,0	0,642
MONO estrés derivado monoparentalidad	1,05	1,72	1,05	1,69	3257,0	0,852
HNOS dificultades entre hermanos	0,76	1,90	0,59	0,93	3016,0	0,230
NESP cuidado de un menor con necesidades especiales	0,56	0,95	0,46	0,82	3095,5	0,406
INFER no aceptación de la infertilidad	0,62	1,12	0,51	0,83	3118,0	0,568
DSQ desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja	3,60	1,60	3,59	1,77	3250,5	0,851
TRB aumento de trabajo	0,18	0,62	0,11	0,35	3224,0	0,607
FCA minusvalía física	1,98	1,84	1,78	1,97	2990,0	0,282
CULT inserción cultural	1,13	1,33	1,13	1,37	3255,5	0,860
STG adopción como estigma	3,87	2,37	3,82	2,35	3204,0	0,730

El contraste realizado ha sido U de Mann-Witney. Ninguna diferencia ha resultado significativa

TABLA 117: DIFERENCIAS EN EL ESTRÉS FAMILIAR EN FUNCIÓN DEL TIPO DE TRAMITACIÓN

	independiente		ECAI		U	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x		
IEATOT total de estrés adoptivo	23,71	10,98	29,30	17,18	1585,5	0,148
IEANUM número de fuentes de estrés	16,59	7,06	19,38	7,95	1646,5	0,086
TRANS transición a la parentalidad	10,94	5,88	12,40	6,31	1741	0,349
VINC dificultades de vinculación paterno-filial	0,90	1,51	1,79	3,22	1689,5	0,170
ESC dificultades de integración social y escolar	3,65	3,48	4,45	4,23	1824	0,524
PRC dificultades en el proceso	2,87	2,68	3,59	3,95	1950,5	0,883
MONO estrés derivado monoparentalidad	0,45	1,06	0,57	1,37	1954,5	0,933
HNOS dificultades entre hermanos	0,65	1,11	1,12	1,75	1765	0,276
NESP cuidado de un menor con necesidades especiales	0,29	0,69	0,80	1,67	1682	0,105
INFER no aceptación de la infertilidad	0,35	0,71	0,56	0,94	1741,5	0,212
DSQ desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja	0,35	0,71	0,61	1,05	1705	0,174
TRB aumento de trabajo	3,39	1,67	3,69	1,65	1707,5	0,220
FCA minusvalía física	0,06	0,25	0,17	0,56	1875,5	0,379

TABLA 117: DIFERENCIAS EN EL ESTRÉS FAMILIAR EN FUNCIÓN DEL TIPO DE TRAMITACIÓN (CONT.).

	independiente		ECAI		U	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x		
CULT inserción cultural	1,61	1,73	1,95	1,91	1766,5	0,333
STG adopción como estigma	1,16	1,44	1,15	1,34	1958	0,905
OTRR otras fuentes de estrés	3,81	2,04	3,88	2,45	1960,5	0,917

El contraste utilizado ha sido U de Mann-Witney. Ninguna diferencia ha resultado significativa.

TABLA 118: CORRELACIONES ENTRE EL ESTRÉS FAMILIAR Y EL TIEMPO DE TRAMITACIÓN

	Tiempo de tramitación
IEATOT total de estrés adoptivo	0,142
IEANUM número de fuentes de estrés	0,131
TRANS transición a la parentalidad	0,087
VINC dificultades de vinculación paterno-filial	0,137
ESC dificultades de integración social y escolar	0,032
PRC dificultades en el proceso	0,129
MONO estrés derivado monoparentalidad	0,011
HNOS dificultades entre hermanos	-0,045
NESP cuidado de un menor con necesidades especiales	-0,031
INFER no aceptación de la infertilidad	0,090
DSQ desequilibrio en la aceptación de los miembros de la pareja	-0,020
TRB aumento de trabajo	-0,032
FCA minusvalía física	-0,136
CULT inserción cultural	0,067
STG adopción como estigma	0,065
OTRR otras fuentes de estrés	0,029

El índice de correlación utilizado ha sido Rho de Spearman. Ninguna de las correlaciones ha resultado significativa.

TABLA 119: CONTRASTES NO SIGNIFICATIVOS ENTRE LAS EXPECTATIVAS DE ADAPTACIÓN Y LAS VARIABLES DE ESTUDIO

	Total expectativas de adaptación	Expectativas de control	Confirmación de expectativas
Informador	$\chi^2=0,703$; g.l.=2; p=0,703	$\chi^2=0,758$; g.l.=2; p=0,685	F=0,328; p=0,721
Sexo del menor	U=2655,5; p=0,869	U=2840; p=0,287	T=-0,443; g.l.=147; p=0,658

TABLA 119: CONTRASTES NO SIGNIFICATIVOS ENTRE LAS EXPECTATIVAS DE ADAPTACIÓN Y LAS VARIABLES DE ESTUDIO (CONT.).

	Total expectativas de adaptación	Expectativas de control	Confirmación de expectativas
Edad del menor	rho=0,081; p=0,341	rho=-0,048; p=0,555	r xy=0,101; p=0,234
País de origen	$\chi^2=6,789$; g.l.=7; p=0,451	$\chi^2=10,545$, g.l.=7; p=0,160	F=0,876; p=0,539
Tipo de familia	$\chi^2=057$; g.l.=2; p=0,620	$\chi^2=2,748$, g.l.=2; p=0,253	F=1,585; p=0,208
Estudios del padre	rho=-0,037; p=0,682	rho=-0,086; p=0,331	rho=-0,046; p=0,609
Estudios de la madre	rho=0,022; p=0,791	rho=-0,07; p=0,391	rho=0,017; p=0,843
Adopción múltiple	U=1677, p=0,519	U=1677,5; p=0,160	T=1,153; g.l.=158; p=0,251
Nivel de ingresos	Rho=0,094; p=0,261	Rho=0,078; p=0,329	Rho=0,073; p=0,378
Motivación	$\chi^2=2,015$; g.l.=2; p=0,365	$\chi^2=3,100$; g.l.=2; p=0,212	F=1,512; p=0,244
Confirmación de expectativas	$\chi^2=0,217$; g.l.=2; p=897	$\chi^2=0,109$; g.l.=2; p=0,947	F=0,036; p=0,997
Idoneidad	U=2060; p=0,246	U=2359; p=0,117	T=1,853; g.l.=140,9; p=0,066
Tipo de tramitación	U=1317,5; p=0,686	U=1599; p=0,207	T=-1,067; g.l.=60,7; p=0,290
Tiempo de tramitación	Rho=-0,119; p=0,149	Rho=-0,063; p=0,426	Rho=-0,110; p=0,181

En la tabla se representan los diferentes contrastes de relación entre variables

TABLA 120: DIFERENCIAS EN LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FUNCIÓN DEL PAÍS DE ORIGEN

	Rusia	Rumania	Colombia	Bulgaria	India	Ucrania	Peru	China	otros	F/ χ^2	g.l.	p
SOC	21,23	21,46	22,92	20,59	21,15	23,36	22,70	18,43	24,71	1,002		0,437
REST	30,85	29,74	31,74	32,18	31,67	31,40	30,60	31,83	29,77	0,620		0,760
FAR	10,06	10,24	9,80	9,29	9,77	11,18	10,30	11,14	9,79	0,478		0,870
ESP	7,60	6,54	10,36	7,47	6,23	9,09	8,50	7,29	9,29	14,56	8	0,068
PAS	7,71	7,52	7,48	7,12	7,31	6,10	7,10	6,86	7,46	4,660	8	0,793
FCOPES	77,68	75,17	83,14	76,65	76,25	80,22	79,20	73,67	79,25	5,358	8	0,719

SOC=búsqueda de apoyo social; REST=restructuración positiva; FAR=mobilización familiar; ESP=búsqueda de apoyo espiritual; PAS=valoración pasiva; FCOPES=total estrategias de afrontamiento. Los contrastes utilizados han sido ANOVA de un factor para las tres primeras variables y H de Kruskal-Wallis para las restantes. Ninguna de las diferencias ha resultado significativa.

TABLA 121: CORRELACIONES ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y LOS ESTUDIOS DE LOS PADRES

	Estudios del padre	Estudios de la madre
SOC búsqueda de apoyo social	-0,005	0,051
REST reestructuración positiva	-0,006	-0,024
FAR movilización familiar	-0,091	-0,145
ESP búsqueda de apoyo espiritual	-0,175*	-0,107
PAS valoración pasiva	-0,099	-0,141
FCOPES estrategias de afrontamiento	-0,088	-0,071

Filtradas las familias monoparentales para los estudios del padre. El coeficiente de correlación utilizado ha sido Rho de Spearman. * $p < 0,05$.

TABLA 122: DIFERENCIAS EN LAS ESTRATEGIAS FAMILIARES DE AFRONTAMIENTO EN FUNCIÓN DEL TIPO DE FAMILIA

	monoparental		biparental sin hijos		biparental con hijos		F/ χ^2	g.l.	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
SOC	24,83	6,41	21,36	6,05	20,80	5,81	4,529		0,012
REST	31,00	4,54	31,18	5,05	30,49	4,06	0,286		0,752
FAR	10,50	3,81	9,87	2,88	10,13	2,92	0,472		0,625
ESP	8,40	4,28	8,11	4,20	7,51	3,72	1,063	2	0,587
PAS	7,43	2,50	7,43	2,33	7,10	2,27	0,477	2	0,788
FCOPES	80,82	15,05	78,38	12,85	75,43	9,20	2,118	2	0,347

SOC=búsqueda de apoyo social; REST=reestructuración positiva; FAR=movilización familiar; ESP=búsqueda de apoyo espiritual; PAS=valoración pasiva; FCOPES=total estrategias de afrontamiento. Los contrastes utilizados han sido ANOVA de un factor para las tres primeras variables y H de Kruskal-Wallis para las restantes. Ninguna diferencia ha resultado significativa

TABLA 123: DIFERENCIAS EN LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FUNCIÓN DE LA MOTIVACIÓN PARA ADOPTAR

	tradicional		monoparental		preferencial		F/ χ^2	g.l.	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
SOC	21,20	5,69	24,76	6,80	21,81	6,86	3,399		0,036*
REST	30,68	4,82	31,73	4,62	31,26	4,50	0,518		0,597
FAR	9,95	2,92	9,88	3,91	10,50	2,93	0,406		0,667
ESP	7,99	4,18	8,36	4,17	7,84	3,88	0,330	2	0,848

TABLA 123: DIFERENCIAS EN LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FUNCIÓN DE LA MOTIVACIÓN PARA ADOPTAR (CONT.).

	tradicional		monoparental		preferencial		F/ χ^2		p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
PAS	7,44	2,36	7,12	2,47	7,19	2,25	0,697	2	0,706
FCOPES	77,67	12,62	80,18	14,75	77,83	10,95	0,353	2	0,838

SOC=búsqueda de apoyo social; REST=reestructuración positiva; FAR=mobilización familiar; ESP=búsqueda de apoyo espiritual; PAS=valoración pasiva; FCOPES=total estrategias de afrontamiento. Los contrastes utilizados han sido ANOVA de un factor para las tres primeras variables y H de Kruskal-Wallis para las restantes. * $p < 0,05$.

TABLA 124: DIFERENCIA EN LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FUNCIÓN DEL SEXO DEL MENOR

	varon		mujer		T/U	g.l.	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
SOC búsqueda de apoyo social	22,07	6,09	21,40	5,97	0,7	156	0,485
REST reestructuración positiva	30,91	5,00	31,03	4,38	-0,152	149,9	0,880
FAR movilización familiar	10,26	2,91	9,77	3,22	0,99	154	0,324
ESP búsqueda de apoyo espiritual	7,80	3,97	8,12	4,09	2973		0,536
PAS valoración pasiva	7,23	2,41	7,42	2,25	2877		0,573
FCOPES estrategias de afrontamiento	78,38	11,87	77,80	13,30	2352,5		0,277

Los contrastes utilizados han sido T de Student para las tres primeras variables y U de Mann-Whitney para las restantes. Ninguna diferencia ha resultado significativa.

TABLA 125: DIFERENCIAS EN LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FUNCIÓN DE LA ADOPCIÓN MÚLTIPLE

	no		si		T/U	g.l.	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
SOC búsqueda de apoyo social	21,70	6,35	22,61	5,54	-0,74	157	0,461
REST reestructuración positiva	30,83	4,79	31,53	4,37	-0,74	150	0,463
FAR movilización familiar	10,09	3,18	9,94	2,68	0,25	155	0,807
ESP búsqueda de apoyo espiritual	7,77	3,94	9,03	4,59	1685		0,169
PAS valoración pasiva	7,50	2,39	6,71	2,04	1594		0,110
FCOPES estrategias de afrontamiento	77,68	13,23	79,70	9,51	1481,5		0,234

Los contrastes utilizados han sido T de Student para las tres primeras variables y U de Mann-Witney para las restantes. Ninguna diferencia ha resultado significativa.

TABLA 126: DIFERENCIAS EN LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FUNCIÓN DE LOS HIJOS PREVIOS DE LA FAMILIA

	no		biológicos		adoptivos		F/ χ^2	gl	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
SOC	22,19	6,37	20,63	5,49	20,64	5,31	1,012		0,366
REST	31,29	4,96	30,21	4,35	30,00	3,29	0,893		0,412
FAR	10,04	3,13	9,72	2,95	10,50	3,18	0,303		0,739
ESP	8,20	4,27	7,70	3,91	7,36	3,08	0,598	2	0,742
PAS	7,46	2,39	6,76	2,10	7,79	2,46	2,355	2	0,308
FCOPES	79,17	13,47	74,04	7,83	76,54	12,21	3,585	2	0,167

SOC=búsqueda de apoyo social; REST=reestructuración positiva; FAR=mobilización familiar; ESP=búsqueda de apoyo espiritual; PAS=valoración pasiva; FCOPES=total estrategias de afrontamiento. Los contrastes utilizados han sido ANOVA de un factor para las tres primeras variables y H de Kruskal-Wallis para las restantes. Ninguna diferencia ha resultado significativa.

TABLA 127: DIFERENCIAS EN LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN FUNCIÓN DE LA FORMACIÓN PREADOPTIVA DE LA FAMILIA

	no		IMMF		ECAI		F/ χ^2		p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
SOC	21,68	6,18	22,10	5,70	21,80	6,32	0,031		0,969
REST	31,13	5,58	32,06	3,84	30,59	4,44	0,778		0,461
FAR	9,20	3,38	10,32	3,16	10,34	2,91	2,075		0,129
ESP	7,88	4,60	9,15	4,79	7,79	3,50	1,796	2	0,407
PAS	6,78	2,07	7,26	2,28	7,60	2,43	3,266	2	0,195
FCOPES	77,26	13,68	78,94	11,70	78,00	12,20	0,257	2	0,879

SOC=búsqueda de apoyo social; REST=reestructuración positiva; FAR=mobilización familiar; ESP=búsqueda de apoyo espiritual; PAS=valoración pasiva; FCOPES=total estrategias de afrontamiento. Los contrastes utilizados han sido ANOVA de un factor para las tres primeras variables y H de Kruskal-Wallis para las restantes. Ninguna diferencia ha resultado significativa.

TABLA 128: DIFERENCIAS EN LAS ESTRATEGIAS FAMILIARES DE AFRONTAMIENTO EN FUNCIÓN DE LA ENTIDAD QUE REALIZÓ LA VALORACIÓN PSICOSOCIAL

	IMMF		TIPAI		T/U	gl	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
SOC búsqueda de apoyo social	22,74	6,54	21,38	6,11	1,30	150	0,195
REST reestructuración positiva	30,61	5,22	31,28	4,25	-0,85	144	0,398
FAR movilización familiar	10,46	3,27	9,73	3,00	1,41	149	0,162

TABLA 128: DIFERENCIAS EN LAS ESTRATEGIAS FAMILIARES DE AFRONTAMIENTO EN FUNCIÓN DE LA ENTIDAD QUE REALIZÓ LA VALORACIÓN PSICOSOCIAL (CONT.).

	IMMF		TIPAI		T/U	gl	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
ESP búsqueda de apoyo espiritual	8,48	4,02	7,63	4,04	2413		0,138
PAS valoración pasiva	7,27	2,28	7,37	2,41	2690,5		0,971
FCOPES estrategias de afrontamiento	78,87	14,26	77,69	11,29	2216		0,604

Los contrastes utilizados han sido T de Student para las tres primeras variables y U de Mann-Witney para las restantes. Ninguna diferencia ha resultado significativa.

TABLA 129: DIFERENCIAS EN LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LA FAMILIA EN FUNCIÓN DEL TIPO DE TRAMITACIÓN

	independiente		ecai		T/U	gl	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
SOC búsqueda de apoyo social	21,16	6,97	21,90	6,02	-593,00	152	0,554
REST restructuración positiva	30,73	5,39	30,91	4,55	-0,18	146	0,858
FAR movilización familiar	9,55	3,62	10,06	2,79	-0,85	150	0,396
ESP búsqueda de apoyo espiritual	7,52	4,19	7,81	3,76	1743		0,417
PAS valoración pasiva	6,76	2,18	7,43	2,32	1498,5		0,177
FCOPES estrategias de afrontamiento	75,89	15,60	77,94	11,01	1388,5		0,317

Los contrastes utilizados han sido T de Student para las tres primeras variables y U de Mann-Witney para las restantes. Ninguna diferencia ha resultado significativa.

TABLA 130: CORRELACIONES ENTRE LAS ESTRATEGIAS FAMILIARES DE AFRONTAMIENTO Y LA EDAD DE LOS PADRES.

	padre	madre	media
SOC búsqueda de apoyo social	-0,165	-0,077	-0,141
REST restructuración positiva	0,107	0,052	0,149
FAR movilización familiar	-0,134	0,019	-0,050
ESP búsqueda de apoyo espiritual	0,121	0,106	0,113
PAS valoración pasiva	0,040	0,065	0,079
FCOPES estrategias de afrontamiento	-0,078	0,006	-0,007

SOC=búsqueda de apoyo social; REST=restructuración positiva; FAR=movilización familiar; ESP=búsqueda de apoyo espiritual; PAS=valoración pasiva; FCOPES=total estrategias de afrontamiento Edad del padre sólo calculada para familias biparentales. El índice de correlación utilizado ha sido Rho de Spearman. Ninguna correlación ha resultado significativa.

TABLA 131: CORRELACIONES ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EL NIVEL DE INGRESOS DE LA FAMILIA

	Nivel de ingresos
SOC búsqueda de apoyo social	-0,001
REST restructuración positiva	-0,035
FAR movilización familiar	-0,124
ESP búsqueda de apoyo espiritual	-0,139
PAS valoración pasiva	-0,079
FCOPES estrategias de afrontamiento	-0,072

El coeficiente de correlación utilizado ha sido Rho de Spearman. Ninguna correlación ha resultado significativa.

TABLA 132: CORRELACIONES ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EL TIEMPO DE TRAMITACIÓN

	Tiempo de tramitación
SOC búsqueda de apoyo social	0,095
REST restructuración positiva	-0,069
FAR movilización familiar	-0,070
ESP búsqueda de apoyo espiritual	0,107
PAS valoración pasiva	-0,026
FCOPES estrategias de afrontamiento	-0,019

El coeficiente de correlación utilizado ha sido Rho de Spearman. Ninguna correlación ha resultado significativa

TABLA 133: DIFERENCIAS EN LOS ERRORES EDUCATIVOS DE LA FAMILIA EN FUNCIÓN DEL INFORMADOR

	padre		madre		ambos		F	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x		
LXT laxitud	18,00	5,23	16,39	4,21	18,17	2,71	2,282	0,106
SBRR sobrerreactividad	21,43	4,04	21,88	4,88	20,17	4,96	0,480	0,620
MON monitorización	5,22	1,23	5,54	1,28	5,67	1,03	1,165	0,315

El contraste utilizado ha sido ANOVA de un factor. Ninguna diferencia ha resultado significativa

TABLA 134: DIFERENCIAS EN LOS ERRORES EDUCATIVOS EN FUNCIÓN DEL PAÍS DE ORIGEN DEL MENOR

	Rusia	Rumania	Colombia	Bulgaria	India	Ucrania	Peru	China	otros	F	p
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}		
LXT	17,94	17,69	15,92	15,25	16,62	14,10	17,50	16,75	17,93	1,320	0,238
SBRR	22,91	23,25	21,16	21,65	21,00	20,90	20,50	18,50	20,50	1,536	0,149
MON	5,31	5,48	5,36	5,53	5,69	5,09	5,50	5,50	5,71	0,330	0,953

LXT= Laxitud; SBRR= Sobrerreactividad; MON= Monitorización. El contraste utilizado ha sido ANOVA de un factor. Ninguna diferencia ha resultado significativa.

TABLA 135: DIFERENCIAS EN LOS ERRORES EDUCATIVOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE FAMILIA

	Monoparental		Biparental sin hijos		Biparental con hijos		F	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x		
LXT laxitud	16,28	3,28	16,67	4,99	17,64	4,40	0,876	0,418
SBRR sobrerreactividad	20,97	3,09	21,54	5,08	22,55	4,36	1,102	0,335
MON monitorización	5,43	1,14	5,62	1,09	5,05	1,58	3,019	0,052

El contraste utilizado ha sido ANOVA de un factor. Ninguna diferencia ha resultado significativa.

TABLA 136: DIFERENCIAS EN LOS ERRORES EDUCATIVOS EN FUNCIÓN DE LA COMPOSICIÓN DE LA FRATRÍA

	No		Biologicos		Adoptados		F	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x		
LXT laxitud	16,6	4,7	16,3	3,3	19,8	5,1	3,365	0,037*
SBRR sobrerreactividad	21,5	4,7	23,1	4,3	21,6	3,2	1,445	0,239
MON monitorización	5,6	1,1	4,9	1,7	5,4	1,2	3,672	0,028*

El contraste utilizado ha sido ANOVA de un factor. * $p < 0,05$.

TABLA 137: CONTRASTES NO SIGNIFICATIVOS ENTRE LOS ERRORES EDUCATIVOS Y LAS VARIABLES DE ESTUDIO

	Laxitud	Sobrerreactividad	Monitorización
Sexo	T=-0,716; g.l.=154; p=0,475	T=1,575; g.l.=156; p=0,117	T=1,422; g.l.=160; p=0,157
Edad	rxv =0,013; p=0,874	rxv =-0,007; p=0,936	---

TABLA 137: CONTRASTES NO SIGNIFICATIVOS ENTRE LOS ERRORES EDUCATIVOS Y LAS VARIABLES DE ESTUDIO (CONT.).

	Laxitud	Sobrerreactividad	Monitorización
A. Múltiple	T=1,501; g.l.=41,3; p=0,141	T=-0,103; g.l.=34,9; p=0,919	T=-0,765; g.l.=161; p=0,445
Ingresos	rho=0,023; p=0,781	rho=-0,049; p=0,548	---
Estudios del padre	rho=0,073; p=0,411	rho=-0,091; p=0,304	---
Estudios de la madre	rho=0,042; p=0,609	rho=-0,065; p=0,424	---
Motivación	F=0,616; p=0,542	F=0,635; p=0,531	F=1,030; p=0,359
Formación preadopt.	F=0,480; p=0,620	F=1,214; p=0,300	F=1,502; p=0,226
Idoneidad	T=-0,839; g.l.=148; p=0,403	T=-0,774; g.l.=150; p=0,440	T=-0,624; g.l.=154; p=0,534
Tipo de tramitación	T=-1,081; g.l.=151; p=0,281	T=-0,930; g.l.=153; p=0,354	T=0,890; g.l.=156; p=0,375
Tiempo de tramitación	rho=0,120;p=0,139	rho=0,117;p=0,142	---

En la tabla se representan los diferentes contrastes de relación entre variables. Ninguno de ellos ha resultado significativo.

TABLA 138: DIFERENCIAS EN LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA ACTUAL DEL MENOR EN FUNCIÓN DEL TIPO DE FAMILIA

	monoparentales		biparentales sin hijos		biparentales con hijos		χ^2	gl	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
AIS problemas de aislamiento post	1,57	1,55	1,77	1,83	2,24	2,48	0,942	2	0,624
SOM quejas somáticas post	0,47	1,11	0,40	0,97	0,29	0,68	0,202	2	0,904
ANS problemas de ansiedad post	3,03	3,13	3,09	2,94	3,98	2,56	6,973	2	0,031*
SOCI problemas sociales post	2,37	2,11	2,51	2,17	3,22	2,52	2,684	2	0,261
PENS problemas de pensamiento post	0,57	1,14	0,66	1,21	0,98	1,71	2,677	2	0,262
ATT problemas de atención post	5,20	4,19	5,67	4,09	6,50	4,85	1,177	2	0,555
DEL conducta delincuente post	2,30	2,53	2,52	2,41	2,37	1,96	0,404	2	0,817
AGR conducta agresiva post	8,80	7,17	9,77	7,16	9,73	6,88	0,549	2	0,76
SEX problemas sexuales post	0,47	0,86	0,54	1,18	0,41	0,92	0,16	2	0,923
OTRS otros problemas post	4,50	3,62	5,68	4,29	6,51	4,48	3,802	2	0,149
INT sdrome internalizante post	5,07	4,96	5,22	4,54	6,41	4,65	4,393	2	0,111
EXT sdrome externalizante post	11,10	8,81	12,29	9,13	12,10	8,20	0,409	2	0,815
TOT total problemas post	27,33	19,44	30,19	20,38	33,43	20,24	1,991	2	0,37

El contraste utilizado ha sido H de Kruskal-Wallis. *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

TABLA 139: DIFERENCIAS POR PARES EN LOS PROBLEMAS ACTUALES DE CONDUCTA EN FUNCIÓN DEL TIPO DE FAMILIA

	mono/bip. sin		mono/bip. con		bip. sin /bip. con	
	U	p	U	p	U	p
AIS problemas de aislamiento post	1344	0,757	540,5	0,372	1745,5	0,425
SOM quejas somáticas post	1368	0,826	588	0,659	1860	0,752
ANS problemas de ansiedad post	1333	0,710	436,5	0,036*	1403,5	0,014*
SOCI problemas sociales post	1349	0,784	498,5	0,171	1602,5	0,137
PENS problemas de pensamiento post	1334	0,657	507	0,147	1665	0,172
ATT problemas de atención post	1287,5	0,525	511,5	0,291	1719,5	0,489
DEL conducta delincuente post	1293	0,542	570	0,594	1898,5	0,969
AGR conducta agresiva post	1272	0,468	564,5	0,556	1891,5	0,942
SEX problemas sexuales post	1345,5	0,705	592	0,734	1905	0,992
OTRS otros problemas post	1190	0,226	448,5	0,052	1673	0,258
INT sdrome internalizante post	1334	0,717	468,5	0,087	1511	0,055
EXT sdrome externalizante post	1292,5	0,546	568,5	0,588	1886,5	0,923
TOT total problemas post	1282,5	0,507	487	0,180	1648,5	0,299

Mono: monoparental; bip. sin: biparental sin hijos; bip.con: biparental con hijos. El contraste utilizado ha sido U de Mann-Witney. *p<0,05.

TABLA 140: DIFERENCIAS EN LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA ACTUAL DEL MENOR EN FUNCIÓN DE LOS HIJOS PREVIOS DE LA FAMILIA

	no		biológicos		adoptados		χ^2	gl	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
AIS problemas de aislamiento post	1,78	1,77	2,17	2,77	1,71	1,59	0,01	2	0,995
SOM quejas somáticas post	0,43	1,02	0,27	0,64	0,00	0,00	4,072	2	0,131
ANS problemas de ansiedad post	3,18	2,99	4,07	2,90	2,57	1,95	4,023	2	0,134
SOCI problemas sociales post	2,56	2,14	3,53	2,66	1,86	1,96	5,133	2	0,077
PENS problemas de pensamiento post	0,66	1,21	1,13	1,94	0,36	0,63	2,623	2	0,269
ATT problemas de atención post	5,70	4,11	7,17	4,83	4,21	4,30	4,638	2	0,098
DEL conducta delincuente post	2,54	2,44	2,60	2,01	1,50	1,65	3,239	2	0,198
AGR conducta agresiva post	9,74	7,20	10,33	6,56	7,36	7,17	3,17	2	0,205
SEX problemas sexuales post	0,54	1,13	0,47	1,04	0,21	0,43	0,468	2	0,791
OTRS otros problemas post	5,58	4,13	6,77	5,10	4,29	3,12	2,451	2	0,294
INT sdrome internalizante post	5,36	4,64	6,37	5,29	4,29	3,02	1,639	2	0,441
EXT sdrome externalizante post	12,28	9,09	12,93	7,86	8,86	8,40	3,987	2	0,136
TOT total problemas post	30,34	20,08	35,66	21,46	22,14	17,05	5,082	2	0,079

El contraste utilizado ha sido H de Kruskal-Wallis. Ninguna diferencia ha resultado significativa.

TABLA 141: DIFERENCIAS EN LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA ACTUAL DEL MENOR EN FUNCIÓN DE LA MOTIVACIÓN DE LA FAMILIA PARA ADOPTAR

	tradicional		monoparental		preferencial		χ^2	gl	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
AIS problemas de aislamiento post	2,02	2,08	1,52	1,66	1,59	1,81	1,892	2	0,388
SOM quejas somáticas post	0,41	0,93	0,44	1,08	0,28	0,81	0,81	2	0,667
ANS problemas de ansiedad post	3,46	2,93	2,48	2,97	3,47	2,70	4,601	2	0,100
SOCI problemas sociales post	2,67	2,25	2,08	1,82	3,03	2,56	1,761	2	0,415
PENS problemas de pensamiento post	0,75	1,34	0,40	0,76	0,91	1,67	1,955	2	0,376
ATT problemas de atención post	6,05	4,31	4,36	3,15	5,97	5,00	2,704	2	0,259
DEL conducta delincuente post	2,58	2,45	1,72	1,72	2,53	2,26	2,723	2	0,256
AGR conducta agresiva post	10,36	7,51	7,56	5,20	8,53	6,60	2,89	2	0,236
SEX problemas sexuales post	0,46	0,96	0,48	0,92	0,63	1,48	0,046	2	0,977
OTRS otros problemas post	6,06	4,46	4,28	3,22	5,34	4,08	3,05	2	0,218
INT síndrome internalizante post	5,82	4,66	4,44	5,11	5,31	4,28	3,887	2	0,143
EXT síndrome externalizante post	12,93	9,43	9,28	6,15	11,06	8,21	2,644	2	0,267
TOT total problemas post	32,28	21,00	23,68	15,72	29,52	20,01	3,542	2	0,170

El contraste utilizado ha sido H de Kruskal-Wallis. Ninguna diferencia ha resultado significativa.

TABLA 142: CORRELACIONES ENTRE LOS PROBLEMAS ACTUALES DE CONDUCTA EN EL MENOR Y EL TIEMPO QUE TARDÓ EN TRAMITARSE SU ADOCIÓN

	Tiempo de tramitación
AIS problemas de aislamiento post	0,001
SOM quejas somáticas post	0,11
ANS problemas de ansiedad post	0,155*
SOCI problemas sociales post	0,071
PENS problemas de pensamiento post	-0,016
ATT problemas de atención post	0,01
DEL conducta delincuente post	0,149
AGR conducta agresiva post	0,026
SEX problemas sexuales post	0,007
OTRS otros problemas post	0,018
INT síndrome internalizante post	0,127
EXT síndrome externalizante post	0,059
TOT total problemas post	0,062

El coeficiente de correlación utilizado ha sido Rho de Spearman. Ninguna correlación ha resultado significativa.

TABLA 143: DIFERENCIAS EN LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA ACTUAL DEL MENOR EN FUNCIÓN DEL INFORMADOR

	padre		madre		ambos		χ^2	gl	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
AIS problemas de aislamiento post	1,94	2,50	1,75	1,63	3,17	2,86	2,154	2	0,341
SOM quejas somáticas post	0,55	1,26	0,31	0,76	0,50	0,55	2,355	2	0,308
ANS problemas de ansiedad post	2,96	2,86	3,47	2,93	3,33	3,33	1,302	2	0,522
SOCI problemas sociales post	2,71	2,39	2,61	2,24	3,17	1,83	0,772	2	0,680
PENS problemas de pensamiento post	0,59	1,17	0,78	1,45	0,83	0,98	1,267	2	0,531
ATT problemas de atención post	5,98	4,58	5,71	4,19	5,00	5,51	0,587	2	0,746
DEL conducta delincuente post	2,35	2,21	2,46	2,40	2,00	1,55	0,136	2	0,934
AGR conducta agresiva post	8,45	5,98	9,98	7,47	8,67	7,34	1,073	2	0,585
SEX problemas sexuales post	0,43	1,10	0,50	1,04	0,67	1,21	1,103	2	0,576
OTRS otros problemas post	5,45	4,04	5,80	4,40	4,50	4,42	0,642	2	0,725
INT sdrome internalizante post	5,37	5,31	5,51	4,33	6,83	5,98	1,151	2	0,562
EXT sdrome externalizante post	10,80	7,79	12,44	9,21	10,67	8,71	0,995	2	0,608
TOT total problemas post	28,96	19,85	31,02	20,57	28,83	20,08	0,370	2	0,831

El contraste utilizado ha sido H de Kruskal-Wallis. Ninguna diferencia ha resultado significativa

TABLA 144: DIFERENCIAS EN LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA ACTUAL DEL MENOR EN FUNCIÓN DE SU SEXO

	varones		mujeres		U	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x		
AIS problemas de aislamiento post	1,92	1,98	1,80	1,97	3158,5	0,614
SOM quejas somáticas post	0,36	0,75	0,42	1,11	3218,5	0,685
ANS problemas de ansiedad post	3,31	2,76	3,32	3,07	3165	0,635
SOCI problemas sociales post	2,76	2,44	2,57	2,05	3275,5	0,918
PENS problemas de pensamiento post	0,76	1,24	0,68	1,46	2993,5	0,218
ATT problemas de atención post	6,15	4,11	5,39	4,53	2819	0,135
DEL conducta delincuente post	2,52	2,18	2,34	2,48	3020,5	0,335
AGR conducta agresiva post	10,57	7,29	8,54	6,68	2752,5	0,065
SEX problemas sexuales post	0,51	1,13	0,49	1,00	3145	0,488
OTRS otros problemas post	5,94	4,48	5,42	3,98	3134	0,566
INT sdrome internalizante post	5,53	4,45	5,50	4,90	3167,5	0,643
EXT sdrome externalizante post	13,09	8,86	10,88	8,68	2765	0,072
TOT total problemas post	32,17	19,92	28,73	20,40	2871,5	0,189

El contraste utilizado ha sido U de Mann-Witney. Ninguna diferencia ha resultado significativa.

TABLA 145: CORRELACIONES ENTRE LOS PROBLEMAS ACTUALES DE CONDUCTA EN EL MENOR Y LOS INGRESOS FAMILIARES

	Ingresos familiares
AIS problemas de aislamiento post	-0,071
SOM quejas somáticas post	-0,128
ANS problemas de ansiedad post	-0,088
SOCI problemas sociales post	-0,11
PENS problemas de pensamiento post	-0,096
ATT problemas de atención post	-0,109
DEL conducta delincuente post	-0,053
AGR conducta agresiva post	-0,045
SEX problemas sexuales post	0,127
OTRS otros problemas post	-0,012
INT sdrome internalizante post	-0,085
EXT sdrome externalizante post	-0,041
TOT total problemas post	-0,092

El índice de correlación utilizado ha sido Rho de Spearman. Ninguna correlación ha resultado significativa.

TABLA 146: DIFERENCIAS EN LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA ACTUAL DEL MENOR EN FUNCIÓN DE LA FORMACIÓN PREADOPTIVA DE LA FAMILIA

	no		cam		ecai		χ^2	gl	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x			
AIS problemas de aislamiento post	1,85	1,93	1,73	2,07	1,87	1,99	0,21	2	0,900
SOM quejas somáticas post	0,32	0,72	0,27	0,77	0,43	1,04	0,927	2	0,629
ANS problemas de ansiedad post	3,20	2,81	2,36	2,08	3,52	3,10	2,413	2	0,299
SOCI problemas sociales post	2,54	2,28	2,27	1,75	2,82	2,35	0,724	2	0,696
PENS problemas de pensamiento post	0,61	1,24	0,59	1,01	0,81	1,46	0,61	2	0,737
ATT problemas de atención post	5,10	3,97	5,00	4,08	6,31	4,49	2,9	2	0,235
DEL conducta delincuente post	1,95	1,84	2,59	3,46	2,59	2,15	4,43	2	0,109
AGR conducta agresiva post	9,07	7,36	8,55	7,19	10,02	6,89	2,064	2	0,356
SEX problemas sexuales post	0,29	0,56	0,36	1,14	0,59	1,18	2,478	2	0,290
OTRS otros problemas post	5,59	3,94	4,77	3,44	5,92	4,58	1,015	2	0,602
INT sdrome internalizante post	5,34	4,36	4,36	4,15	5,76	4,91	1,874	2	0,392
EXT sdrome externalizante post	11,02	8,44	11,14	10,24	12,61	8,56	2,723	2	0,256
TOT total problemas post	28,51	19,64	26,50	19,69	32,19	20,54	2,732	2	0,255

El contraste utilizado ha sido H de Kruskal-Wallis. Ninguna difencia ha resultado significativa.

TABLA 147: DIFERENCIAS EN LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA ACTUAL DEL MENOR EN FUNCIÓN DE LA ENTIDAD QUE REALIZÓ EL INFORME PSICOSOCIAL

	IMMF		TIPAI		U	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x		
AIS problemas de aislamiento post	1,98	2,20	1,84	1,85	2897	0,859
SOM quejas somáticas post	0,44	0,84	0,38	1,01	2764	0,371
ANS problemas de ansiedad post	3,34	2,86	3,20	2,87	2841	0,705
SOCI problemas sociales post	2,37	2,03	2,80	2,33	2666	0,311
PENS problemas de pensamiento post	0,71	1,09	0,64	1,38	2685	0,263
ATT problemas de atención post	5,19	3,58	6,04	4,71	2708,5	0,455
DEL conducta delincuente post	2,47	2,53	2,40	2,25	2906,5	0,888
AGR conducta agresiva post	9,60	6,81	9,37	7,08	2803,5	0,611
SEX problemas sexuales post	0,37	0,71	0,56	1,25	2924	0,921
OTRS otros problemas post	5,55	3,81	5,72	4,42	2937	0,977
INT sdrome internalizante post	5,69	4,72	5,38	4,64	2822,5	0,658
EXT sdrome externalizante post	12,06	8,91	11,77	8,71	2831,5	0,683
TOT total problemas post	29,89	19,05	30,36	20,47	2870	0,873

El contraste utilizado ha sido U de Mann-Witney. Ninguna difencia ha resultado significativa.

TABLA 148: DIFERENCIAS EN LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA ACTUAL DEL MENOR EN FUNCIÓN DEL TIPO DE TRAMITACIÓN

	Independiente		ECAI		U	p
	\bar{X}	S_x	\bar{X}	S_x		
AIS problemas de aislamiento post	1,84	2,28	1,91	1,91	1814,5	0,449
SOM quejas somáticas post	0,32	0,75	0,41	0,98	1921,5	0,707
ANS problemas de ansiedad post	3,23	2,67	3,37	2,99	1970,5	0,953
SOCI problemas sociales post	2,32	1,81	2,78	2,30	1820	0,470
PENS problemas de pensamiento post	0,65	1,02	0,77	1,43	1979,5	0,982
ATT problemas de atención post	5,16	3,30	5,98	4,48	1823	0,523
DEL conducta delincuente post	2,13	2,47	2,55	2,31	1680,5	0,18
AGR conducta agresiva post	9,10	6,92	9,85	7,16	1910	0,747
SEX problemas sexuales post	0,26	0,58	0,57	1,16	1771,5	0,236
OTRS otros problemas post	5,81	3,54	5,73	4,45	1876	0,638
INT sdrome internalizante post	5,32	4,49	5,65	4,74	1919,5	0,778
EXT sdrome externalizante post	11,23	8,89	12,40	8,88	1834	0,514
TOT total problemas post	28,84	17,68	31,35	20,82	1896,5	0,753

El contraste utilizado ha sido U de Mann-Witney. Ninguna difencia ha resultado significativa.

ANEXO IV

ANÁLISIS DE MODELOS (SALIDAS EQS Y AMOS)

SALIDA EQS

EQS, A STRUCTURAL EQUATION PROGRAM MULTIVARIATE SOFTWARE, INC.
COPYRIGHT BY P.M. BENTLER VERSION 5.7b (C) 1985 - 1998.

```
PROGRAM    CONTROL    INFORMATION
1    /TITLE
2    Model created by EQS 5.7b -- TODO4E.EDS
3    /SPECIFICATIONS
4    DATA='C:\EQS\MATRIX.ESS';
5    VARIABLES= 16; CASES= 117;
6    METHODS=ML;
7    MATRIX=COVARIANCE;
8    /LABELS
9    V1=IEATOT; V2=TRANS; V3=VINC; V4=ESC; V5=NESP;
10   V6=CTROL; V7=PREPAR; V8=ADAP; V9=SOC; V10=REST;
11   V11=FAR; V12=TOT_P; V13=TOT; V14=LXT; V15=SBRR;
12   V16=MON;
13   /EQUATIONS
14   V1 =    + *V12 + 1E1;
15   V6 =    + 1F1    + 1E6;
16   V7 =    + *F1    + 1E7;
```



```

17 V8 = + *F1 + *V1 + 1E8;
18 V10 = + *F1 + 1E10;
19 V13 = + *V1 + *V8 + *V12 + *V15 + 1E13;
20 V15 = + *F1 + *V1 + 1E15;
21 F1 = + *V1 + 1D1;
22 /VARIANCES
23 V12 = *;
24 E1 = *;
25 E6 = *;
26 E7 = *;
27 E8 = *;
28 E10 = *;
29 E13 = *;
30 E15 = *;
31 D1 = *;
32 /COVARIANCES
33 /OUTPUT
34 parameters;
35 standard errors;
36 listing;
37 data='EQSOUT&.ETS';
38 /END

```

38 RECORDS OF INPUT MODEL FILE WERE READ

THERE ARE 16 VARIABLES AND 117 CASES
IT IS A COV/COR MATRIX ESS FILE

COVARIANCE MATRIX TO BE ANALYZED:

8 VARIABLES (SELECTED FROM 16 VARIABLES)BASED ON 117 CASES.

		IEATOT	CTROL	PREPAR	ADAP	REST
		V 1	V 6	V 7	V 8	V 10
IEATOT	V 1	1.000				
CTROL	V 6	-0.778	1.000			
PREPAR	V 7	-0.631	0.805	1.000		
ADAP	V 8	-0.669	0.684	0.494	1.000	
REST	V 10	-0.467	0.538	0.512	0.409	1.000
TOT_P	V 12	0.577	-0.437	-0.293	-0.339	-0.185

TOT	V 13	0.714	-0.595	-0.418	-0.551	-0.343
SBRR	V 15	0.630	-0.599	-0.552	-0.432	-0.455
		TOT_P	TOT	SBRR		
		V 12	V 13	V 15		
TOT_P	V 12	1.000				
TOT	V 13	0.751	1.000			
SBRR	V 15	0.378	0.547	1.000		

BENTLER-WEEKS STRUCTURAL REPRESENTATION:

NUMBER OF DEPENDENT VARIABLES = 8
 DEPENDENT V'S : 1 6 7 8 10 13 15
 DEPENDENT F'S : 1

NUMBER OF INDEPENDENT VARIABLES = 9
 INDEPENDENT V'S : 12
 INDEPENDENT E'S : 1 6 7 8 10 13 15
 INDEPENDENT D'S : 1

NUMBER OF FREE PARAMETERS = 21
 NUMBER OF FIXED NONZERO PARAMETERS = 9

3RD STAGE OF COMPUTATION REQUIRED 3753 WORDS OF MEMORY.
 PROGRAM ALLOCATED 100000 WORDS

DETERMINANT OF INPUT MATRIX IS 0.44934E-02

PARAMETERS TO BE PRINTED ARE:

V12,V1 E1,E1 E6,E6 E7,E7 E8,E8 E10,E10 E13,E13 E15,E15
 D1,D1 V1,V12 V13,V12 V7,F1 V8,V1 V8,F1 V10,F1 V13,V1
 V13,V8 V13,V15 V15,V1 V15,F1 F1,V1

NOTE: SAMPLE COVARIANCE MATRIX AND RESIDUAL MATRIX IN THIS
 TECHNICAL OUTPUT HAVE BEEN ARRANGED IN THE SEQUENCE OF ALL
 DEPENDENT VARIABLES FOLLOWED BY ALL INDEPENDENT VARIABLES

MODEL STATISTICS

19 ELEMENTS OF MODEL STATISTICS, THEY ARE
 ESTIMATION METHOD (LS, GLS, ML, ELS, EGLS, ERLS, AGLS)
 CONDITION CODE (0 FOR NORMAL CONDITION)
 CONVERGENCE (0 FOR MODEL CONVERGED)
 NULL MODEL CHI-SQUARE
 MODEL CHI-SQUARE
 DEGREES OF FREEDOM
 PROBABILITY LEVEL
 BENTLER-BONETT NORMED FIT INDEX
 BENTLER-BONETT NON-NORMED FIT INDEX
 COMPARATIVE FIT INDEX
 LISREL GFI
 LISREL AGFI
 ROOT MEAN-SQUARE RESIDUAL
 STANDARDIZED ROOT MEAN-SQUARE RESIDUAL
 ROOT MEAN-SQUARE ERROR OF APPROXIMATION (RMSEA)
 CONFIDENCE INTERVAL FOR RMSEA (LOWER BOUND)
 CONFIDENCE INTERVAL FOR RMSEA (UPPER BOUND)
 NUMBER OF ITERATIONS FOR CONVERGENCE
 NUMBER OF FIXED MEASURED VARIABLES

21 ELEMENTS OF PARAMETER ESTIMATES

21 ELEMENTS OF STANDARD ERRORS

1 LINES OF INFORMATION FOR DEPENDENT VARIABLES

2 LINES OF INFORMATION FOR INDEPENDENT VARIABLES

OUTPUT FORMAT FOR INFORMATION SECTION IS: (8E16.8)

TOTAL NUMBER OF LINES PER SET OF INFORMATION IS: 10

PARAMETER ESTIMATES APPEAR IN ORDER,
 NO SPECIAL PROBLEMS WERE ENCOUNTERED DURING OPTIMIZATION.

RESIDUAL COVARIANCE MATRIX (S-SIGMA) :

		IEATOT	CTROL	PREPAR	ADAP	REST
		V 1	V 6	V 7	V 8	V 10
IEATOT	V 1	0.000				
CTROL	V 6	-0.001	0.000			
PREPAR	V 7	0.020	0.001	0.000		
ADAP	V 8	0.000	0.008	-0.073	0.000	

REST	V 10	-0.023	-0.011	0.052	0.022	0.000
TOT_P	V 12	0.000	0.011	0.082	0.047	0.071
TOT	V 13	0.000	0.003	0.084	0.030	-0.001
SBRR	V 15	0.000	0.007	-0.045	0.041	-0.109

		TOT_P	TOT	SBRR
		V 12	V 13	V 15
TOT_P	V 12	0.000		
TOT	V 13	-0.006	-0.008	
SBRR	V 15	0.015	0.001	0.000

AVERAGE ABSOLUTE COVARIANCE RESIDUALS = 0.0214

AVERAGE OFF-DIAGONAL ABSOLUTE COVARIANCE RESIDUALS = 0.0273

STANDARDIZED RESIDUAL MATRIX:

		IEATOT	CTROL	PREPAR	ADAP	REST
		V 1	V 6	V 7	V 8	V 10
IEATOT	V 1	0.000				
CTROL	V 6	-0.001	0.000			
PREPAR	V 7	0.020	0.001	0.000		
ADAP	V 8	0.000	0.008	-0.073	0.000	
REST	V 10	-0.023	-0.011	0.052	0.022	0.000
TOT_P	V 12	0.000	0.011	0.082	0.047	0.071
TOT	V 13	0.000	0.003	0.084	0.030	-0.001
SBRR	V 15	0.000	0.007	-0.045	0.041	-0.109

		TOT_P	TOT	SBRR
		V 12	V 13	V 15
TOT_P	V 12	0.000		
TOT	V 13	-0.006	-0.008	
SBRR	V 15	0.015	0.001	0.000

AVERAGE ABSOLUTE STANDARDIZED RESIDUALS = 0.0214

AVERAGE OFF-DIAGONAL ABSOLUTE STANDARDIZED RESIDUALS = 0.0273

LARGEST STANDARDIZED RESIDUALS:

V 15,V 10	V 13,V 7	V 12,V 7	V 8,V 7	V 12,V 10
-0.109	0.084	0.082	-0.073	0.071

V 10,V 7	V 12,V 8	V 15,V 7	V 15,V 8	V 13,V 8
0.052	0.047	-0.045	0.041	0.030
V 10,V 1	V 10,V 8	V 7,V 1	V 15,V 12	V 12,V 6
-0.023	0.022	0.020	0.015	0.011
V 10,V 6	V 8,V 6	V 13,V 13	V 15,V 6	V 13,V 12
-0.011	0.008	-0.008	0.007	-0.006

DISTRIBUTION OF STANDARDIZED RESIDUALS

!				!					
20-				-					
!		*		!					
!		*		!					
!		*		!					
!	*	*		!		RANGE	FREQ	PERCENT	
15-	*	*		-					
!	*	*		!	1	-0.5 - --	0	0.00%	
!	*	*		!	2	-0.4 - -0.5	0	0.00%	
!	*	*		!	3	-0.3 - -0.4	0	0.00%	
!	*	*		!	4	-0.2 - -0.3	0	0.00%	
10-	*	*		-	5	-0.1 - -0.2	1	2.78%	
!	*	*		!	6	0.0 - -0.1	16	44.44%	
!	*	*		!	7	0.1 - 0.0	19	52.78%	
!	*	*		!	8	0.2 - 0.1	0	0.00%	
!	*	*		!	9	0.3 - 0.2	0	0.00%	
5-	*	*		-	A	0.4 - 0.3	0	0.00%	
!	*	*		!	B	0.5 - 0.4	0	0.00%	
!	*	*		!	C	++ - 0.5	0	0.00%	
!	*	*		!	-----				
!	*	*	*	!		TOTAL	36	100.00%	

1 2 3 4 5 6 7 8 9 A B C EACH "*" REPRESENTS 1 RESIDUAL

GODNESS OF FIT SUMMARY

INDEPENDENCE MODEL	CHI-SQUARE =	626.997	ON 28 DEGREES OF FREEDOM
INDEPENDENCE MODEL	AIC = 570.99708	INDEPENDENCE MODEL	CAIC = 465.65621
	AIC = -12.48665		CAIC = -68.91926

CHI-SQUARE = 17.513 BASED ON 15 DEGREES OF FREEDOM
 PROBABILITY VALUE FOR THE CHI-SQUARE STATISTIC IS 0.28911
 THE NORMAL THEORY RLS CHI-SQUARE FOR THIS ML SOLUTION IS 17.218.

BENTLER-BONETT NORMED FIT INDEX= 0.972
 BENTLER-BONETT NONNORMED FIT INDEX= 0.992
 COMPARATIVE FIT INDEX (CFI) = 0.996

ITERATIVE SUMMARY

ITERATION	PARAMETER ABS CHANGE	ALPHA	FUNCTION
1	0.765147	1.00000	10.31956
2	1.170291	1.00000	7.24136
3	0.869479	1.00000	3.81258
4	0.627696	1.00000	2.15916
5	0.209606	1.00000	1.08069
6	0.098667	1.00000	0.24386
7	0.014231	1.00000	0.15105
8	0.000638	1.00000	0.15098

MEASUREMENT EQUATIONS WITH STANDARD ERRORS AND TEST STATISTICS

IEATOT =V1 = .577*V12 + 1.000 E1
 .076
 7.608

CTROL =V6 = 1.000 F1 + 1.000 E6

PREPAR =V7 = .838*F1 + 1.000 E7
 .065
 12.892

ADAP =V8 = -.326*V1 + .441*F1 + 1.000 E8
 .114 .122
 -2.850 3.627

REST =V10 = .572*F1 + 1.000 E10
 .083
 6.880

$$\begin{aligned}
 \text{TOT} \quad =V13 = & \quad .209*V1 - .173*V8 + .144*V15 + .516*V12 \\
 & \quad .084 \quad .067 \quad .065 \quad .061 \\
 & \quad 2.488 \quad -2.571 \quad 2.236 \quad 8.455 \\
 & + 1.000 \text{ E13}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 \text{SBRR} \quad =V15 = & \quad .377*V1 - .326*F1 + 1.000 \text{ E15} \\
 & \quad .121 \quad .127 \\
 & \quad 3.123 \quad -2.568
 \end{aligned}$$

CONSTRUCT EQUATIONS WITH STANDARD ERRORS AND TEST STATISTICS

$$\begin{aligned}
 F1 \quad =F1 \quad = & \quad -.777*V1 + 1.000 \text{ D1} \\
 & .058 \\
 & -13.297
 \end{aligned}$$

VARIANCES OF INDEPENDENT VARIABLES

	V		F
	---		---
V12 -TOT_P		1.000 *I	I
		.131 I	I
		7.616 I	I
		I	I

VARIANCES OF INDEPENDENT VARIABLES

	E		D
	---		---
E1 -IEATOT		.667 *I D1 - F1	.355 *I
		.088 I	.062 I
		7.616 I	5.751 I
		I	I
E6 -CTROL		.041 *I	I
		.039 I	I
		1.067 I	I
		I	I
E7 -PREPAR		.326 *I	I
		.051 I	I
		6.388 I	I
		I	I

E8 - ADAP	.484 *I	I
	.065 I	I
	7.472 I	I
	I	I
E10 - REST	.687 *I	I
	.092 I	I
	7.457 I	I
	I	I
E13 - TOT	.289 *I	I
	.038 I	I
	7.616 I	I
	I	I
E15 - SBRR	.565 *I	I
	.075 I	I
	7.557 I	I
	I	I

STANDARDIZED SOLUTION:

R-SQUARED

IEATOT=V1 = .577*V12 +.817 E1	.333
CTROL=V6 = .979 F1 +.203 E6	.959
PREPAR=V7 = .821*F1 +.571 E7	.674
ADAP= V8 = -.326*V1 +.432*F1 +.695 E8	.516
REST=V10 = .560*F1 +.829 E10	.313
TOT= V13 = .209*V1 -.172*V8 +.144*V15 +.514*V12 +.535 E13	.714
SBRR=V15 = .377*V1 -.319*F1 +.752 E15	.435
F1= F1 = -.793*V1 +.609 D1	.630

 E N D O F M E T H O D

1

Execution begins at 10:17:24.66
 Execution ends at 10:17:24.77
 Elapsed time = 0.11 seconds

SALIDA AMOS

NOTES FOR GROUP (GROUP NUMBER 1)

The model is recursive.

Sample size = 166

VARIABLE SUMMARY (GROUP NUMBER 1)

YOUR MODEL CONTAINS THE FOLLOWING VARIABLES (GROUP NUMBER 1)

Observed, endogenous variables

CTROL

PREPAR

REST

IEATOT

ADAP

TOT

TOT_P

SBRR

Unobserved, endogenous variables

EVAL

Unobserved, exogenous variables

e1

e2

e3

Eiea

Eadap

Epre

E

Eeval

Esbrr

VARIABLE COUNTS (GROUP NUMBER 1)

Number of variables in your model: 18

Number of observed variables: 8

Number of unobserved variables: 10

Number of exogenous variables: 9

Number of endogenous variables: 9

PARAMETER SUMMARY (GROUP NUMBER 1)

	Weights	Covariances	Variances	Means	Intercepts	Total
Fixed	10	0	0	0	0	10
Labeled	0	0	0	0	0	0
Unlabeled	12	0	9	0	0	21
Total	22	0	9	0	0	31

COMPUTATION OF DEGREES OF FREEDOM (DEFAULT MODEL)

Number of distinct sample moments:	36
Number of distinct parameters to be estimated:	21
Degrees of freedom (36 - 21):	15

RESULT (DEFAULT MODEL)

Minimum was achieved

Chi-square = 24,139

Degrees of freedom = 15

Probability level = ,063

REGRESSION WEIGHTS: (GROUP NUMBER 1 - DEFAULT MODEL)

			Estimate	S.E.	C.R.	P
IEATOT	<---	TOT_P	,366	,039	9,308	***
eval	<---	IEATOT	-,162	,011	-14,446	***
ADAP	<---	eval	,687	,138	4,961	***
ADAP	<---	IEATOT	-,060	,027	-2,236	,025
SBRR	<---	IEATOT	,102	,029	3,502	***
SBRR	<---	eval	-,412	,146	-2,824	,005
CTROL	<---	eval	1,000			
PREPAR	<---	eval	1,094	,087	12,498	***
REST	<---	eval	,647	,102	6,357	***
TOT	<---	ADAP	-,540	,251	-2,151	,031
TOT	<---	TOT_P	,378	,040	9,348	***
TOT	<---	IEATOT	,345	,085	4,049	***
TOT	<---	SBRR	,664	,232	2,859	,004

STANDARDIZED REGRESSION WEIGHTS: (GROUP NUMBER 1 - DEFAULT MODEL)

			Estimate
IEATOT	<---	TOT_P	,587
eval	<---	IEATOT	-,775
ADAP	<---	eval	,529
ADAP	<---	IEATOT	-,221
SBRR	<---	IEATOT	,361
SBRR	<---	eval	-,304
CTROL	<---	eval	,963
PREPAR	<---	eval	,767
REST	<---	eval	,467
TOT	<---	ADAP	-,117
TOT	<---	TOT_P	,486
TOT	<---	IEATOT	,277
TOT	<---	SBRR	,151

VARIANCES: (GROUP NUMBER 1 - DEFAULT MODEL)

	Estimate	S.E.	C.R.	P
Epre	674,941	74,309	9,083	***
Eiea	172,291	18,969	9,083	***
Eeval	4,573	,736	6,212	***
Eadap	9,463	1,098	8,620	***
Esbrr	12,792	1,424	8,983	***
e1	,897	,512	1,751	,080
e2	9,609	1,230	7,812	***
e3	17,170	1,927	8,912	***
E	119,543	13,161	9,083	***

MINIMIZATION HISTORY (DEFAULT MODEL)

Iteration		Negative eigenvalues	Condition #	Smallest eigenvalue	Diameter	F	NTries	Ratio
0	e	3		-,775	9999,000	761,637	0	9999,000
1	e	3		-,279	1,533	275,972	19	,622
2	e*	1		-,010	,875	88,941	4	,771
3	e	0	93,877		,415	34,751	5	,899
4	e	0	40,383		,297	26,943	1	,731
5	e	0	30,970		,155	24,244	1	1,076

Iteration		Negative eigenvalues	Condition #	Smallest eigenvalue	Diameter	F	NTRIES	Ratio
6	e	0	29,624		,021	24,139	1	1,029
7	e	0	30,137		,002	24,139	1	1,002
8	e	0	30,140		,000	24,139	1	1,000

MODEL FIT SUMMARY

CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	21	24,139	15	,063	1,609
Saturated model	36	,000	0		
Independence model	8	793,492	28	,000	28,339

RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	3,264	,967	,920	,403
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	90,421	,352	,167	,274

Baseline Comparisons

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	,970	,943	,988	,978	,988
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	,536	,519	,529
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	1,000	,000	,000

NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	9,139	,000	26,654
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	765,492	677,312	861,082

FMIN

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	,146	,055	,000	,162
Saturated model	,000	,000	,000	,000
Independence model	4,809	4,639	4,105	5,219

RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,061	,000	,104	,312
Independence model	,407	,383	,432	,000

AIC

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	66,139	68,562	131,491	152,491
Saturated model	72,000	76,154	184,032	220,032
Independence model	809,492	810,415	834,388	842,388

ECVI

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	,401	,345	,507	,416
Saturated model	,436	,436	,436	,462
Independence model	4,906	4,372	5,485	4,912

HOELTER

Model	HOELTER .05	HOELTER .01
Default model	171	210
Independence model	9	11

EXECUTION TIME SUMMARY

Minimization: ,050
Miscellaneous: ,220
Bootstrap: ,000
Total: ,270

ANEXO V: ÍNDICES ADICIONALES

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Resumen de los estudios de prevalencia de adoptados en población psiquiátrica externa.....	55
Tabla 2:	Resumen de los estudios de prevalencia de adoptados en población psiquiátrica interna.....	55
Tabla 3:	Resumen de los estudios sobre tasas de ruptura en adopción	71
Tabla 4:	Edad límite para considerar a un niño mayor en adopción.....	96
Tabla 5:	Redacción de los ítems del Índice de Estrés Adoptivo en función de la estructura teórica del cuestionario.	181
Tabla 6:	Redacción de los ítems de la escala de expectativas de adaptación en función de la estructura teórica del cuestionario...	184
Tabla 7:	Redacción de los ítems de la escala de adaptación familiar a la adopción en función de la estructura teórica del cuestionario.....	185
Tabla 8:	Factores e ítems del F-COPES	186
Tabla 9:	Factores e ítem de la Escala de Parentalidad.....	188
Tabla 10:	Síndromes derivados del CBCL	190
Tabla 11:	Cuadro comparativo de los tipos de familia entre la población total de adopciones (1999-2001) y la muestra.	193

Tabla 12: Cuadro comparativo de los países de procedencia de los menores entre la población total de adopciones (1999-2001) y la muestra.....	194
Tabla 13: Cuadro comparativo de las entidades tramitadoras entre la población total de adopciones (1999-2001) y la muestra.	195
Tabla 14: País de procedencia del menor elegido.....	197
Tabla 15: Tabla de contingencia país de origen por sexo del menor.....	198
Tabla 16: Estadísticos descriptivos de la edad de los menores en el momento de su adopción en función del país de origen.....	198
Tabla 17: Estudios del padre y la madre.....	200
Tabla 18: Profesión del padre y de la madre.....	201
Tabla 19: Nivel de ingresos netos de la familia.....	201
Tabla 20: Porcentaje total de aparición de cada tipo de motivación.....	205
Tabla 21: Categorización de “problemas biológicos para procrear”.....	206
Tabla 22: Categorización de otras motivaciones.....	207
Tabla 23: Prioridad dada a cada tipo de motivación.....	208
Tabla 24: Ecais que tramitaron las adopciones.....	210
Tabla 25: Medias de edad de adopción de los menores en función de la entidad que tramitó su adopción.....	211
Tabla 26: Estructura teórica del “Índice de estrés adoptivo”.....	212
Tabla 27: Varianza total del estrés familiar explicada por el IEA.....	213
Tabla 28: Matriz factorial rotada del IEA.....	214
Tabla 29: Estructura factorial teórica y correspondencia de cada ítem con la estructura factorial empírica del IEA.....	220
Tabla 30: Índices de fiabilidad de las subescalas del IEA.....	224
Tabla 31: Varianza total de las expectativas de adaptación explicada por el PSA.....	225
Tabla 32: Matriz factorial rotada de las expectativas de adaptación.....	226
Tabla 33: Matriz factorial de la adaptación familiar.....	227

Tabla 34: Índices de fiabilidad de las escalas utilizadas para nuestra muestra y para la muestra normativa	228
Tabla 35: Índices de fiabilidad del CBCL por subescalas.....	230
Tabla 36: Conductas que se dan al llegar en más del 50% de los menores	231
Tabla 37: Conductas que se dan al llegar en menos del 10% de los menores	232
Tabla 38: Estadísticos descriptivos de los problemas de conducta del menor al llegar por síndromes	233
Tabla 39: Porcentaje de menores con problemas de conducta normales, límites o críticos en los primeros y los últimos seis meses.....	234
Tabla 40: Items que aparecen en más del 50% de las familias	236
Tabla 41: Items que aparecen en menos del 10% de las familias.....	236
Tabla 42: Fuentes de estrés que, de darse, han sido considerados graves por más de un 10% de las familias.....	237
Tabla 43: Estadísticos descriptivos de las dimensiones del estrés familiar...	238
Tabla 44: Porcentajes de respuesta a la escala de percepción de la situación adoptiva	240
Tabla 45: Porcentajes de respuesta a los distintos items del F-COPES	241
Tabla 46: Estadísticos descriptivos de las estrategias familiares de afrontamiento	242
Tabla 47: Porcentajes de respuesta y estadísticos descriptivos de los items del PS	244
Tabla 48: Conductas que aparecen en más del 50% de los menores en la actualidad.....	245
Tabla 49: Conductas que aparecen en menos de un 10% de los menores en la actualidad	246
Tabla 50: Estadísticos descriptivos de la conducta actual del menor	247
Tabla 51: Porcentaje de menores con problemas de conducta normales, límites o críticos en la actualidad	249
Tabla 52: Diferencias entre la conducta del menor al llegar y su conducta actual.....	251

Tabla 53: Porcentajes de cambio de la conducta.....	251
Tabla 54: Porcentajes de respuesta a la escala de adaptación familiar.....	252
Tabla 55: Constraste sobre la normalidad de los factores y subfactores del estudio	253
Tabla 56: Matriz factorial de las dimensiones del modelo.....	256
Tabla 57: Comparación de modelos con parámetros opcionales	267
Tabla 58: Test de Wald.....	268
Tabla 59: Test de Lagrange	269
Tabla 60: Diferencias en la conducta actual del menor en función del rango de la conducta al llegar.....	270
Tabla 61: Diferencias en la conducta actual del menor en función del rango de la conducta externalizante al llegar	270
Tabla 62: Diferencias en la conducta actual del menor en función del rango de la conducta internalizante al llegar.....	271
Tabla 63: Correlaciones entre el estrés familiar y la conducta del menor al llegar.....	272
Tabla 64: Correlaciones entre el estrés familiar y la adaptación familiar	273
Tabla 65: Correlaciones entre el estrés familiar y la evaluación cognitiva ...	274
Tabla 66: Correlaciones entre el estrés familiar y los problemas actuales de conducta del menor.....	275
Tabla 67: Correlaciones entre el estrés familiar y la sobrerreactividad	276
Tabla 68: Correlaciones entre la sobrerreactividad y la conducta actual del menor.....	277
Tabla 69: Correlaciones entre la conducta actual del menor y la adaptación familiar.....	278
Tabla 70: Diferencias en la conducta del menor al llegar en función de su sexo.....	280
Tabla 71: Correlaciones entre los problemas de conducta del menor al llegar y su edad.....	281

Tabla 72: Diferencias por pares en los problemas de atención del menor al llegar en función de su país de origen.....	282
Tabla 73: Diferencias por pares en el total de problemas de conducta del menor al inicio en función de su país de origen.....	283
Tabla 74: Diferencias por pares en el síndrome externalizante al llegar en función del país de origen del menor.....	283
Tabla 75: Diferencias por pares en las conductas agresivas del menor al llegar en función de su país de origen del menor.....	285
Tabla 76: Correlaciones entre la conducta del menor al llegar y la edad de los padres.....	286
Tabla 77: Diferencias en los problemas de conducta del menor al llegar en función de la composición de la fratría.....	287
Tabla 78: Diferencias en el estrés familiar en función del país de origen del menor.....	289
Tabla 79: Diferencias por pares en las dificultades de integración social y escolar en función del país de origen.....	290
Tabla 80: Diferencias por pares en las dificultades en el proceso en función del país de origen.....	291
Tabla 81: Diferencias por pares en el estrés derivado de la monoparentalidad en función del país de origen.....	292
Tabla 82: Diferencias por pares en dificultades de inserción cultural en función del país de origen.....	293
Tabla 83: Diferencias en el estrés derivado del cuidado de un menor con minusvalía física entre los adoptantes de Colombia y de otros países.....	293
Tabla 84: Diferencias en el estrés familiar en función de la adopción múltiple.....	294
Tabla 85: Correlaciones entre el estrés familiar y los ingresos familiares.....	295
Tabla 86: Diferencias en el estrés familiar en función del tipo de familia...	296
Tabla 87: Correlaciones entre el estrés familiar y la edad de los padres.....	298
Tabla 88: Diferencias en el estrés familiar en función de la composición de la fratría.....	299

Tabla 89: Diferencias en el estrés familiar en función de la motivación para adoptar	300
Tabla 90: Correlaciones entre las expectativas de adaptación y la edad de los padres	302
Tabla 91: Diferencias en las estrategias familiares de afrontamiento en función del informador	304
Tabla 92: Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento de la familia y la edad del menor	304
Tabla 93: Correlaciones entre los problemas actuales de conducta en el menor y su edad	308
Tabla 94: Diferencias en los problemas de conducta actual del menor en función de su país de origen	309
Tabla 95: Diferencias en los problemas de conducta actual del menor en función de la adopción múltiple	310
Tabla 96: Correlaciones entre los problemas actuales de conducta en el menor y los estudios de los padres.....	310
Tabla 97: Correlaciones entre los problemas de conducta del menor y la edad de los padres.....	311
Tabla 98: Porcentajes de aparición de la conducta en los primeros seis meses y en los últimos seis meses.....	401
Tabla 99: Porcentajes de puntuación en la escala IEA por items y factores.....	406
Tabla 100: Porcentaje de varianza explicada por el F-COPES.....	409
Tabla 101: Matriz factorial rotada F-COPES.....	409
Tabla 102: Porcentaje de varianza explicada del PS.....	410
Tabla 103: Matriz factorial rotada PS.....	410
Tabla 104: Diferencias en la conducta del menor al llegar en función de la edad del menor.....	411
Tabla 105: Diferencias en la conducta del menor al llegar en función del país de origen.....	412
Tabla 106: Correlación entre los problemas iniciales de conducta y los estudios de los padres.....	413

Tabla 107: Diferencias en la conducta del menor al llegar en función del tipo de familia.....	413
Tabla 108: Correlación entre los problemas iniciales de conducta y el nivel de ingresos familiares.....	414
Tabla 109: Diferencias en la conducta del menor al llegar en función del tipo de tramitación.....	414
Tabla 110: Correlaciones entre los problemas de conducta al llegar y el tiempo de tramitación	415
Tabla 111: Diferencias en el estrés familiar en función del informador.....	415
Tabla 112: Correlaciones entre el estrés familiar y la edad del menor	416
Tabla 113: Correlaciones entre el estrés familiar y los estudios de los padres.....	416
Tabla 114: Diferencias en el estrés familiar en función de la formación recibida por la familia	417
Tabla 115: Diferencias en el estrés familiar en función de la entidad que realizó la valoración psicosocial.....	418
Tabla 116: Diferencias en el estrés familiar en función del sexo del menor.....	418
Tabla 117: Diferencias en el estrés familiar en función del tipo de tramitación	419
Tabla 118: Correlaciones entre el estrés familiar y el tiempo de tramitación	420
Tabla 119: Contrastes no significativos entre las expectativas de adaptación y las variables de estudio	420
Tabla 120: Diferencias en las estrategias de afrontamiento en función del país de origen.....	421
Tabla 121: Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y los estudios de los padres.....	422
Tabla 122: Diferencias en las estrategias familiares de afrontamiento en función del tipo de familia.....	422
Tabla 123: Diferencias en las estrategias de afrontamiento en función de la motivación para adoptar.....	422

Tabla 124: Diferencia en las estrategias de afrontamiento en función del sexo del menor.....	423
Tabla 125: Diferencias en las estrategias de afrontamiento en función de la adopción múltiple	423
Tabla 126: Diferencias en las estrategias de afrontamiento en función de los hijos previos de la familia.....	424
Tabla 127: Diferencias en las estrategias de afrontamiento en función de la formación preadoptiva de la familia.....	424
Tabla 128: Diferencias en las estrategias familiares de afrontamiento en función de la entidad que realizó la valoración psicosocial	424
Tabla 129: Diferencias en las estrategias de afrontamiento de la familia en función del tipo de tramitación.....	425
Tabla 130: Correlaciones entre las estrategias familiares de afrontamiento y la edad de los padres.	425
Tabla 131: Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de ingresos de la familia.....	426
Tabla 132: Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y el tiempo de tramitación	426
Tabla 133: Diferencias en los errores educativos de la familia en función del informador	426
Tabla 134: Diferencias en los errores educativos en función del país de origen del menor	427
Tabla 135: Diferencias en los errores educativos en función del tipo de familia	427
Tabla 136: Diferencias en los errores educativos en función de la composición de la fratría	427
Tabla 137: Contrastes no significativos entre los errores educativos y las variables de estudio.....	427
Tabla 138: Diferencias en los problemas de conducta actual del menor en función del tipo de familia.....	428
Tabla 139: Diferencias por pares en los problemas actuales de conducta en función del tipo de familia.....	429

Tabla 140: Diferencias en los problemas de conducta actual del menor en función de los hijos previos de la familia.....	429
Tabla 141: Diferencias en los problemas de conducta actual del menor en función de la motivación de la familia para adoptar.....	430
Tabla 142: Correlaciones entre los problemas actuales de conducta en el menor y el tiempo que tardó en tramitarse su adopción.....	430
Tabla 143: Diferencias en los problemas de conducta actual del menor en función del informador	431
Tabla 144: Diferencias en los problemas de conducta actual del menor en función de su sexo	431
Tabla 145: Correlaciones entre los problemas actuales de conducta en el menor y los ingresos familiares.....	432
Tabla 146: Diferencias en los problemas de conducta actual del menor en función de la formación preadoptiva de la familia	432
Tabla 147: Diferencias en los problemas de conducta actual del menor en función de la entidad que realizó el informe psicosocial.....	433
Tabla 148: Diferencias en los problemas de conducta actual del menor en función del tipo de tramitación.....	433
Tabla 149: Diferencias en los problemas iniciales de conducta en función de la entidad que tramitó la adopción.....	449
Tabla 150: Diferencias por pares en los problemas de conducta del menor al llegar en función de la entidad tramitadora.....	451
Tabla 151: Diferencias en el estrés familiar en función de la entidad tramitadora	453
Tabla 152: Diferencias en las expectativas de adaptación en función de la entidad que tramitó la adopción.....	455
Tabla 153: Diferencias en las estrategias de afrontamiento en función de la entidad que tramitó la adopción.....	456
Tabla 154: Diferencias en los errores educativos de la familias en función de la entidad que tramitó la adopción.....	457
Tabla 155: Diferencias en los problemas actuales de conducta del menor en función de la entidad que tramitó su adopción	458

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Adopciones nacionales e internacionales en España (1996-2002)....	25
Gráfico 2: Número de solicitudes y de adopciones realizadas al año en la Comunidad de Madrid.....	26
Gráfico 3: Edad de la adopción por grupos.....	196
Gráfico 4: Continente de procedencia del menor elegido.....	199
Gráfico 5: Porcentajes de los distintos tipos de familia.....	202
Gráfico 6: Edad del padre y de la madre por grupos.....	203
Gráfico 7: Categorización de las motivaciones para adoptar.....	209
Gráfico 8: Tiempo transcurrido en el proceso de adopción.....	211
Gráfico 9: Medias ponderadas de las dimensiones de la conducta del menor al llegar.....	234
Gráfico 10: Medias ponderadas de las distintas dimensiones de la escala de estrés adoptivo.....	239
Gráfico 11: Medias ponderadas de las estrategias de afrontamiento.....	243
Gráfico 12: Medias ponderadas de los problemas de conducta del menor en la actualidad.....	248
Gráfico 13: Media de los subsíndromes del CBCL en los primeros seis meses en el hogar adoptivo y en los seis meses previos a la realización del estudio.....	250
Gráfico 14: Media de problemas de conducta al llegar para varones y mujeres.....	280

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelos teóricos de distribución de los problemas psicológicos en adopción.....	67
Figura 2: Modelo bidimensional de manejo de las diferencias (Kirk, 1964) ...	132
Figura 3: Modelo curvilíneo de manejo de las diferencias (Brodzinsky, 1987).....	133
Figura 4: Modelo de estrés-afrontamiento de la adaptación adoptiva (Brodzinsky, 1990, 1993; 1994).....	137

Figura 5: Riesgo de inadaptación en adopción	144
Figura 6: Modelo Doble ABCX (McCubbin y Patterson, 1985).....	147
Figura 7: Modelo inicial de estrés parental.....	150
Figura 8: Determinantes de la conducta parental.....	151
Figura 9: Modelo de adaptación familiar a la adopción internacional	155
Figura 10: Modelo de adaptación familiar a la adopción internacional (Factor aA)	156
Figura 11: Modelo de adaptación familiar a la adopción internacional (Factor cC)	169
Figura 12: Modelo de adaptación familiar a la adopción internacional (Factor bB)	170
Figura 13: Modelo de adaptación familiar a la adopción internacional (Factor xX)	173
Figura 14: Hipótesis derivadas del modelo de adaptación familiar a la adopción internacional.	176
Figura 15: Modelo operativo de adaptación familiar a la adopción.....	261
Figura 16: Modelo de adaptación familiar a la adopción (salida estandarizada- EQS 5.7)	263
Figura 17: Modelos condicionales	266
Figura 18: Modelo corregido 1	268
Figura 19: Porcentajes de varianza explicados por cada relación del modelo de adaptación familiar a la adopción internacional.....	333

