

Problemas Emocionales y Comportamentales en Niños Adoptados y No Adoptados

Emotional and Behavioral Problems in Adopted and Non-Adopted Children

Yolanda Sánchez-Sandoval
Universidad de Cádiz, España

Jesús Palacios
Universidad de Sevilla, España

Resumen. El objetivo de este trabajo es conocer si niños y niñas adoptados manifiestan problemas emocionales y comportamentales en distinta medida que sus iguales no adoptados. Se analiza la manifestación de problemas, según la versión del profesorado, en un total de 569 chicos y chicas de entre 7 y 16 años de edad. Se establecen tres grupos de comparación de niños no adoptados. Los resultados muestran que los adoptados manifiestan, como media, más problemas que sus actuales compañeros de aula. Los mayores problemas son manifestados por los chicos en acogimiento residencial, situándose los adoptados en una posición intermedia. Por otro lado, aunque en general los chicos del estudio manifiestan mayores problemas que las chicas, en el grupo de las adoptadas los problemas manifestados son mayores de lo esperado por su género. Por último, no existen diferencias entre chicos en edad de educación primaria y de educación secundaria. Se discute la necesidad de estudiar la variabilidad en el grupo de adoptados.

Palabras clave: adoptados, problemas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad

Abstract. The aim of this paper is to determine whether adopted children are more likely to have emotional or behavioral problems than non-adopted children. Emotional and behavioral problems were investigated in a sample of children aged 7 to 16. There were three comparison groups of non-adopted children. The results indicate that adopted children show, on average, more problems of this type than their peers. The biggest problems are expressed by children in residential foster care, with other adopted children in an intermediate position. In addition, in general, boys manifest greater problems than girls; but the problems of adopted girls are greater than would be generally expected for their gender. Finally, there are no differences between children of primary education or secondary education age. Additional research examining the variability in the group of adopted children is warranted.

Keywords: adopted children, emotional problems, behavioral problems, inattention/overactivity.

La adopción se plantea como una medida de protección a la infancia que pretende ofrecer a los niños y niñas que lo necesiten un contexto familiar saludable. Los niños y niñas adoptados se incorporan a las familias creando vínculos de filiación y, como

norma general, se produce una ruptura de vínculos personales, familiares y jurídicos entre los niños y sus padres biológicos. Hay otras medidas de protección como el acogimiento familiar y el acogimiento residencial. El acogimiento familiar es la convivencia e integración de un niño o niña en una familia, extensa o ajena, cuando debe ser separados temporal o permanentemente de sus padres o tutores. Ofrece la posibilidad de desarrollarse en familia, al tiempo

La Correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la primera autora al Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Cádiz, Campus Universitario Río San Pedro, CP 11510 PUERTO REAL (Cádiz). E-mail: yolanda.sanchez@uca.es

que mantiene la vinculación con su familia biológica. En el acogimiento residencial, sin embargo, los niños y niñas separados de su familia biológica residen en centros.

La adopción como intervención supone aportar las condiciones que posibiliten un adecuado desarrollo psicológico para estos niños y niñas. Aunque esto sea así, algunos estudios han indicado una mayor tendencia de los chicos y chicas adoptados a manifestar problemas psicológicos (Juffer y van IJzendoorn, 2005; Juffer, van IJzendoorn y Palacios, 2011). En las últimas décadas hemos conocido en España un importante incremento del número de adopciones. Tiene sentido analizar ahora si niños adoptados en nuestro país presentan diferencias con niños no adoptados, a nivel de problemas comportamentales y emocionales, una vez que llevan años de convivencia con su familia adoptiva.

En las décadas de los 80 y 90 gran parte de la investigación sobre adopción versaba sobre la manifestación de problemas entre la población adoptiva. Han sido muchos los investigadores que han defendido y analizado empíricamente la mayor tendencia de los niños y niñas adoptados a presentar problemas y dificultades en su ajuste personal en comparación con otros niños de su edad. Especialmente se han destacado los problemas de comportamiento y la mayor presencia de adoptados entre la población clínica que recibe o ha recibido tratamiento en salud mental. Un modelo de déficit o un modelo psicopatológico acompaña a muchos de los estudios que se han dedicado a muestras adoptivas. Referirse a los problemas de los adoptados es tan frecuente que se ha podido incluso hablar de la “psicología y psicopatología de la adopción” (Amorós, 1987, p. 55) o incluso del “síndrome del niño adoptado” (Kirschner, 1990).

Esta situación se nos presenta como realmente preocupante, e interpretable de muy diferentes formas: ¿significa que todo adoptado tiene mal pronóstico?, ¿es que la adopción en sí supone riesgos para el desarrollo personal?, ¿o es que los niños adoptados parten de una situación de desventaja tal que les impide alcanzar el nivel de comportamiento y desarrollo de sus iguales no adoptados? Como investigadores preocupados por el bienestar de la infancia, no sólo estamos interesados en que los niños que lo

necesiten sean adoptados, sino que esta adopción se dé en las mejores condiciones posibles y, además, que aporte a los niños un contexto de desarrollo saludable, que promueva en ellos un crecimiento y progreso en todas las facetas de su vida. No nos conformamos, por tanto, con un modelo de déficit que nos presente sólo las dificultades y problemas de ser adoptado, sino que aspiramos a conocer, en primer lugar, si en nuestra comunidad los niños y niñas adoptados se encuentran en la problemática situación descrita por muchos investigadores.

Los estudios centrados en investigar la presencia de problemas comportamentales y emocionales en los adoptados han seguido varias estrategias. Cuando se han analizado muestras clínicas, se ha encontrado una sobrerrepresentación de niños y adolescentes adoptados entre los usuarios de consultas psiquiátricas o departamentos psiquiátricos de hospitales en comparación con la proporción que representan los adoptados entre su comunidad (DeFries, Plomin y Fulker, 1994; Goldberg y Wolkind, 1992; Moore y Fombonne, 1999). Este dato ha recibido diferentes interpretaciones, planteándose incluso la hipótesis de la mayor tendencia o sensibilidad de las familias adoptivas a buscar recursos externos ante las dificultades. Estudios más recientes en esta línea indican que, aunque la mayoría de los adolescentes adoptados están psicológicamente sanos, parecen tener un riesgo mayor para problemas externalizados (Keyes, Sharma, Elkins, Iacono y McGue, 2008).

En este tipo de estudios, otro tema de interés ha sido conocer si hay diferencias entre los diagnósticos psicológicos y/o psiquiátricos de los adoptados y los de los no adoptados: las diferencias suelen identificar una mayor sintomatología conductual entre los adoptados. Por ejemplo, Smith, Howard y Monroe (2000) analizaron el tipo de problemas manifestados por chicos de 292 familias adoptivas que acudieron, de manera voluntaria, a un servicio de ayuda post-adopción para familias con problemas o en riesgo de fracaso de la adopción. Los profesionales de estos servicios identificaron en más de la mitad de los niños comportamientos externalizados característicos de problemas de conducta (por ejemplo, un 81% manifestaba mentiras y manipulación de los otros, un 80% oposicionismo, un 77% agre-

sión verbal, un 69% violación de las normas familiares, un 64% problemas con los iguales, o un 45% hiperactividad). Un grupo más minoritario, pero con porcentajes también importantes, presentaba serios problemas; por ejemplo, en un 21% se habían dado comportamientos suicidas, o en un 22% problemas con la justicia y detenciones.

Algunos autores han sugerido que los estudios realizados con muestras clínicas de personas adoptadas pueden no ser generalizables al conjunto de adoptados (Smith, 2001). Cuando las diferencias se han analizado en muestras no clínicas, el perfil que presentan los adoptados no es tan uniforme ni problemático (Sharma, McGue y Benson, 1998). Algunos instrumentos cumplimentados por padres o profesores permiten identificar a niños que se encuentran en un rango clínico en alguna de las dimensiones analizadas. Varios trabajos identifican una mayor proporción de adoptados que de no adoptados con puntuación en el rango clínico (Berry y Barth, 1989; Brodzinsky, Radice, Huffman y Merkler, 1987; Verhulst, Althaus y Versluis-Den Bieman, 1990; Versluis-den Bieman y Verhulst, 1995). Entre el tipo de problemas manifestados destaca la presencia de problemas externalizados. En Simmel, Brooks, Barth y Hinshaw (2001), con una amplia muestra de 808 chicos adoptados de entre 5 y 18 años, el 29.9% de los chicos presentaba este tipo de problemas; en concreto, un 9.5% eran problemas de atención e hiperactividad, un 8% de conducta oposicionista, y un 12.4% ambas sintomatologías. Estos porcentajes representan al menos el doble de la incidencia con que los problemas externalizados se dan en la población general a esas edades. De igual manera, en el estudio realizado por Quinton, Rushton, Dance y Mayes, (1998) en el Reino Unido, la mitad de los niños presentaban dificultades de atención, concentración e hiperactividad; una proporción importante manifestaban agresividad en su relación con otros niños (28%) o aislamiento social (28%). Cuando esta hiperactividad es evaluada por padres, profesores, otros examinadores y a través de los resultados de un test, el 15% de los chicos son identificados como hiperactivos o con problemas de atención por las cuatro fuentes. Cuando las comparaciones en la manifestación de problemas

se hacen no sólo teniendo en cuenta el grupo de rango clínico, sino el total de la muestra, algunos estudios han identificado puntuaciones medias superiores en problemas de comportamiento y/o emocionales que los no adoptados (Lindholm y Toulaiatos, 1980; Quinton et al., 1998; Sharma, McGue y Benson, 1996; Verhulst et al., 1990).

Otros investigadores, sin embargo, no han encontrado una mayor incidencia de problemas de comportamiento entre los adoptados (Feigelman, 2001). Así, Tieman, van der Ende y Verhulst (2005) no encuentran diferencias en la prevalencia de trastorno de comportamiento antisocial en una gran muestra de adoptados y no adoptados. Igualmente, Grotevant et al. (2006), tras controlar la influencia de variables sociodemográficas y familiares, muestran que el estatus adoptivo no es predictor del comportamiento antisocial.

A partir de los años 90 han empezado a utilizarse diseños más complejos en la selección de la muestra (Bohman y Sigvardsson, 1990; Palacios, Sánchez-Sandoval y Sánchez-Espinosa, 1996; Fernández-Molina, del Valle, Fuentes, Bernedo y Bravo, 2011), permitiendo comparar a los adoptados con distintos grupos de no adoptados. Los mayores problemas de comportamiento encontrados por Bohman y Sigvardsson (1990) entre los adoptados y sus compañeros a los 11 años desaparecen cuando alcanzan los 15 años, mientras que siguen existiendo en otros grupos de comparación formados por niños en acogimiento y por niños cuyas madres biológicas se plantearon en un principio dar a sus hijos en adopción pero que cambiaron de decisión y los mantuvieron con ellas. Palacios y Sánchez-Sandoval (1996), por su parte, no encuentran diferencias significativas entre los niños en edad preescolar al comparar a los adoptados con sus compañeros de aula, con niños en acogimiento residencial, y con niños que proceden de las zonas de origen de los adoptados y viven con sus familias biológicas. Tampoco Antolín, Oliva y Arranz (2009) encontraron diferencias en el desarrollo de conductas antisociales infantiles entre chicos que crecían en familias con distintas estructuras (tradicionales, adoptivas, monoparentales, reconstituidas, homoparentales, de partos múltiples) una vez controlados los efectos ejercidos por

variables asociadas, como la edad y el estilo educativo paterno. Por su parte, en Fernández-Molina et al. (2011), la mayoría de los adolescentes en acogimiento preadoptivo se encontraban en el rango de la normalidad (evaluados con CBCL); los chicos adoptados presentaban las puntuaciones medias más bajas, tanto en problemas externalizados como en internalizados, seguidos por los acogidos por abuelos y los acogidos en centros.

Por último, los trabajos más recientes en este ámbito vienen a señalar las notables diferencias encontradas en el mismo grupo de adoptados. Los mayores problemas son presentados por los adoptados más mayores y con institucionalizaciones más prolongadas (Groze e Ileana, 1996; Rutter et al., 2001; Palacios et al., 2005); mientras que los que fueron adoptados a una edad más temprana y tras una institucionalización más corta (Levy-Shiff, Zoran y Shulman, 1997; Rutter et al., 2001) no destacan por presentar más problemas que los no adoptados.

Es necesario seguir investigando en la prevalencia y tipología de problemas emocionales y de comportamiento manifestados en la infancia en general, y en la infancia en protección en concreto. Como indica Aznar (2009), intervenir en la infancia y la adolescencia contribuye a realizar un trabajo preventivo de la psicopatología posterior. El objetivo de este trabajo es comparar el comportamiento de niños y niñas adoptados y no adoptados. En concreto, nuestro objetivo de investigación es comparar las puntuaciones medias de niños adoptados y no adoptados en manifestación de problemas según la valoración de sus profesores, teniendo en cuenta también las semejanzas y diferencias en relación con el género y edad.

Método

Participantes

Han participado 569 chicos y chicas entre 7 y 16 años de edad; de los cuales 80 eran adoptados (A), 140 compañeros actuales de los adoptados (C), 174 vivían con sus familias biológicas en las zonas geográficas de procedencia de los adoptados (ZO), y 175 se encontraban en Acogimiento Residencial (AR). En la tabla 1 se muestra la distribución de la muestra según género, edad y grupo.

Los criterios de selección han sido los siguientes. Los *Adoptados* procedían de adopciones nacionales realizadas en Andalucía, y forman parte de un proyecto de investigación longitudinal de seguimiento de las adopciones realizadas en esta comunidad (Palacios et al., 1996). Los datos de este trabajo se refieren a la segunda recogida de datos (T2). Los *Compañeros* son niños y niñas que viven con sus familias biológicas y comparten con los adoptados la localización geográfica de residencia. Se seleccionó al azar un niño y una niña del mismo aula de cada adoptado de la muestra. Los del grupo de *Zonas de Origen* viven con sus familias biológicas en zonas con graves conflictos socioeconómicos y familiares. Se identificaron seis zonas, a través de la Dirección General de Atención al Niño de la Junta de Andalucía, como áreas de las que procedían la mayoría de los adoptados de la muestra. Con la colaboración de la Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía se eligió un colegio de cada una de las seis zonas, y en cada uno de ellos fue seleccionado al azar un grupo de niños de cada aula formando un grupo comparable en edad al de adoptados. El grupo en *Acogimiento Residencial*, son niños y niñas

Tabla 1. Características de la muestra

| | Total | | Adoptados | | Compañeros | | Zona de origen | | Acogimiento Residencial | |
|--------------|-------|--------|-----------|--------|------------|--------|----------------|--------|-------------------------|--------|
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| Total | 569 | | 80 | | 140 | | 174 | | 175 | |
| Género | | | | | | | | | | |
| Niñas | 286 | (50.3) | 40 | (50.0) | 68 | (48.6) | 86 | (49.4) | 92 | (52.6) |
| Niños | 283 | (49.7) | 40 | (50.0) | 72 | (51.4) | 88 | (50.6) | 83 | (47.4) |
| Edad | | | | | | | | | | |
| 7 a 11 años | 323 | (56.8) | 48 | (60.0) | 88 | (62.9) | 122 | (70.1) | 65 | (37.1) |
| 12 a 16 años | 246 | (43.2) | 32 | (40.0) | 52 | (37.1) | 52 | (29.9) | 110 | (62.9) |

que vivían en protección en centros de acogida de la comunidad andaluza. Se realizó una selección representativa teniendo en cuenta la dependencia administrativa y tipología de los centros de la comunidad. Finalmente, participaron 25 centros residenciales ubicados en 7 de las provincias andaluzas.

Procedimiento

Se contactó con las familias adoptivas y con los centros de Acogimiento Residencial seleccionados a través de una carta, enviada desde la Dirección General de Atención al Niño de la Junta de Andalucía, que explicaba los objetivos del estudio y pedía su colaboración. Posteriormente, las familias y centros fueron telefonados por el equipo encargado de la recogida de datos, y se concertó una cita para visitarlos. Además, se les informaba del interés de visitar el centro escolar de sus hijos, entrevistar al tutor y administrar a los niños algunas pruebas. Se envió una carta a los directores de los centros escolares pidiendo su colaboración para poder entrevistar a profesores y niños. Los niños y niñas de los cuatro grupos fueron entrevistados en sus centros escolares.

Medida

Manifestación de problemas. El instrumento utilizado fue el *Revised Rutter Teacher Scale (RRTS)* (Hogg, Rutter y Richman, 1997). Este instrumento permite obtener tanto una puntuación total de manifestación de problemas, como información sobre cuatro áreas distintas: problemas de comportamiento, problemas emocionales, problemas de atención /hiperactividad y problemas en el comportamiento prosocial. Está compuesto por 59 ítems, en los que se van presentando distintos comportamientos problemáticos, y los profesores deben evaluar su frecuencia de aparición (como 0, nada; 1, algo; 2, muy frecuente) en los niños que están valorando. Un ejemplo de ítem de la subescala de problemas emocionales sería “*Se preocupa con frecuencia, cualquier cosa le preocupa*”, de problemas de atención/hiperactividad “*Muy inquieto, le cuesta quedarse sentado durante mucho tiempo*”, de problemas comportamentales “*Desobe-*

dece con frecuencia”, y de problemas prosociales “*No se preocupa por los demás*”.

La puntuación utilizada, tanto en la escala global como en cada una de las subescalas, representa la media de las puntuaciones de los ítems que las componen; es, por lo tanto, un valor que oscila entre 0 y 2; puntuaciones superiores indican mayor manifestación de problemas. Su análisis psicométrico muestra una alta consistencia interna, tanto en el instrumento en conjunto (alfa de Cronbach = .94) como en cada subescala (entre .73 y .91).

Análisis estadísticos

El análisis de los datos se ha llevado a cabo con el paquete estadístico PASW 18. En primer lugar, se muestran los estadísticos descriptivos, tanto para el total de la escala como para cada una de las cuatro subescalas. Estos estadísticos se presentan para el total de la muestra, y para subgrupos en función de las variables género, edad y grupo de niños. A partir de estos datos, hemos realizado un Análisis de la Varianza Univariante (AVAR), con el total de sujetos, estudiando los efectos principales y de las interacciones de las variables sexo, edad y grupos de niños sobre cada indicador. En los casos en que el AVAR general muestre relaciones significativas, se han realizado también AVAR de efecto simple. En casos de no homogeneidad de la varianza se han realizado pruebas no paramétricas, comparando las diferencias entre grupos a través de la prueba de Kruskal-Wallis.

Mientras que los análisis anteriores estaban más centrados en el estudio de las diferencias entre los cuatro grupos de niños, en un segundo grupo de resultados nuestro interés radica más bien en conocer con mayor profundidad las semejanzas y diferencias entre el grupo de adoptados y cada uno de los otros tres grupos de chicos (C, ZO y AR). En esta línea, hemos estudiado el tamaño del efecto (TE) para conocer la magnitud de las diferencias entre el grupo de los adoptados y cada uno de los otros grupos (C, ZO e AR), en caso de existir tales diferencias. El tamaño del efecto se presenta en unidades de desviación tipo, de manera que si, en la comparación A-C, por ejemplo, el tamaño del efecto es $d = .50$, significaría que los adoptados

estarían puntuando .50 desviaciones típicas más alto que sus compañeros; si el valor es negativo, es que los adoptados están puntuando más bajo. Para la interpretación de este valor, Cohen (1988) sugiere que, en ciencias del comportamiento, $d = .20$ será considerado un tamaño del efecto bajo, $d = .50$ un tamaño del efecto medio, y $d = .80$ un tamaño del efecto elevado.

Resultados

Comparaciones por edad, género y grupo

En la tabla 2 se recogen los estadísticos descriptivos del total de problemas, así como de cada una de las subescalas (problemas emocionales, de atención/hiperactividad, comportamentales y en la conducta prosocial). Se presentan las medias y desviaciones típicas en cada una de estas variables diferenciando por género (niños y niñas), por edad (de 7 a 11 años, y de 12 a 16 años) y por grupo (adoptados, compañeros, zonas de origen y en acogimiento residencial).

Total de problemas

Respecto al total de problemas, el AVAR general $F(15, 553) = 5.699, p = .000$ muestra que son significativos estadísticamente los efectos principales de las variables género $F(1, 553) = 14.061, p = .000$ y grupo de niños $F(3, 553) = 17.957, p = .000$. No son significativos el efecto principal de la variable edad, ni los de ninguna de las interacciones entre estos factores ($p > .05$).

Respecto al género, como se muestra en la tabla, las chicas ($M = .51, DT = .30$) presentan como media menos problemas que los chicos ($M = .63, DT = .32$). Al realizar AVAR de efectos simples en cada grupo de niños, vemos cómo estas diferencias entre chicos y chicas sólo alcanzan la significatividad estadística en los grupos de zonas de origen $F(1, 172) = 18.219, p = .000$ y en acogimiento residencial $F(1, 181) = 12.025, p = .001$.

En cuanto a las comparaciones por grupos de niños, la prueba K de Kruskal-Wallis¹ muestra diferencias significativas entre los grupos ($\chi^2(3) =$

$49.178, p = .000$). Las puntuaciones medias indican que los compañeros son los que menos problemas manifiestan, según la valoración de profesores; en un término medio se encuentran los adoptados y los niños de zonas de origen y, por último, son los chicos en acogimiento residencial los que más problemas presentan. Las pruebas de comparaciones múltiples C de Dunnett sólo muestran significativas las diferencias entre los compañeros y las de cada uno de los otros tres grupos.

Tipos de problemas

Como ya señalamos, además de esta puntuación total, la escala nos aporta información sobre cuatro áreas: problemas de conducta, de hiperactividad, emocionales y en las relaciones prosociales. Hemos realizado Análisis de la Varianza respecto a cada una de las subescalas, y los resultados van en la misma línea que respecto al total de problemas.

En cuanto a los problemas emocionales, el AVAR muestra relaciones significativas del modelo $F(15, 553) = 2.697, p < .01$. Sólo es significativo el efecto principal de la variable grupo de niños $F(3, 553) = 10.074, p < .01$. El grupo de niños en acogimiento residencial presenta como media más problemas emocionales que el resto de los grupos. En relación con los problemas emocionales, la presencia es similar entre chicos y chicas, así como entre los chicos de primaria y los de secundaria.

En cuanto a los otros tres tipos de problemas (de atención/hiperactividad, comportamentales y en la conducta prosocial), los AVAR son significativos ($F(15, 553) = 4.316, p < .001; F(15, 553) = 3.814, p < .001$; y $F(15, 553) = 4.976, p < .001$, respectivamente), siendo significativos los efectos principales de las variables género $F(1, 553) = 12.809, p < .001; F(1, 553) = 9.337, p < .01$; y $F(1, 553) = 15.248, p < .001$, respectivamente) y grupos de niños ($F(3, 553) = 11.678, p < .001; F(3, 553) = 10.650, p < .001; F(3, 553) = 13.081, p < .001$). No son significativos los efectos principales de la variable edad ni los de las interacciones entre estos factores ($p > .05$).

¹ El estadístico de Levene muestra diferencias en las varianzas de los grupos: $F(3, 565) = 4.279, p = .005$.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos

| | Total | | Niñas | | Niños | | 7-11 años | | 12-16 años | | Adoptados | | Compañeros | | Zonas de origen | | Acogimiento Residencial | |
|-----------------------------|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-----------|-----|------------|-----|-----------|-----|------------|-----|-----------------|-----|-------------------------|-----|
| | M | DT | M | DT | M | DT | M | DT | M | DT | M | DT | M | DT | M | DT | M | DT |
| Total de problemas | .57 | .32 | .51 | .30 | .63 | .32 | .56 | .32 | .58 | .32 | .56 | .33 | .43 | .27 | .58 | .33 | .67 | .30 |
| Pr. Emocionales | .31 | .26 | .31 | .26 | .31 | .25 | .31 | .25 | .32 | .26 | .32 | .26 | .22 | .21 | .31 | .23 | .38 | .29 |
| Pr. Atención/hiperactividad | .89 | .66 | .77 | .63 | 1.01 | .66 | .88 | .66 | .89 | .65 | .99 | .69 | .66 | .58 | .87 | .69 | 1.05 | .62 |
| Pr. Comportamentales | .45 | .41 | .38 | .38 | .52 | .44 | .45 | .41 | .45 | .42 | .45 | .40 | .30 | .34 | .52 | .45 | .51 | .40 |
| Pr. Prosociales | .80 | .45 | .71 | .44 | .89 | .45 | .78 | .44 | .82 | .47 | .74 | .47 | .65 | .41 | .79 | .47 | .96 | .41 |
| N | 569 | | 286 | | 283 | | 323 | | 246 | | 80 | | 140 | | 174 | | 175 | |

En cuanto al género, las diferencias muestran que las dificultades relacionadas con la atención e hiperactividad, con los problemas conductuales y prosociales, se manifiestan en mayor medida entre los chicos que entre las chicas.

En cuanto al grupo de pertenencia, las comparaciones muestran diferencias significativas en todas las subescalas (problemas de conducta: $\chi^2(3) = 32.768, p = .000$, problemas de hiperactividad: $\chi^2(3) = 28.918, p = .000$, problemas emocionales: $\chi^2(3) = 31.819, p = .000$, y problemas en el comportamiento prosocial: $\chi^2(3) = 38.196, p = .000$)².

En cuanto a los problemas de conducta, los compañeros actuales son los que menos manifiestan. La prueba C de Dunnett muestra la puntuación media de los compañeros como significativamente inferior a la de los otros tres grupos, que de menos a más problemas son los adoptados, zonas de origen e institucionalizados. Las diferencias entre estos tres grupos no son significativas.

² El estadístico de Levene muestra diferencias en la homogeneidad de la varianza entre los grupos en las cuatro subescalas: problemas de conducta ($F(3, 565) = 8.257, p = .000$), de hiperactividad ($F(3, 565) = 4.072, p = .007$), emocionales ($F(3, 565) = 5.715, p = .001$) y prosociales ($F(3, 565) = 4.321, p = .005$).

Las comparaciones entre los grupos en las subescalas de problemas emocionales y de hiperactividad son bastantes similares. Los compañeros presentan significativamente menos problemas que los otros tres grupos (C de Dunnett) en ambas subescalas. A continuación es el grupo de zonas de origen el que menos problemas manifiesta; las diferencias de este grupo con el de institucionalizados, que es el más problemas presenta, son significativas. El grupo de adoptados no muestra diferencias significativas ni con el de zonas de origen, ni con el de acogimiento residencial.

Por último, los chicos en acogimiento residencial manifiestan más problemas en el comportamiento prosocial que los chicos de los otros tres grupos. Además, el grupo de compañeros, que es el que menos problemas manifiesta, aparece co-mo significativamente diferente al de zonas de origen.

Comparaciones entre adoptados y los otros grupos

Se ha realizado un análisis más pormenorizado de los tamaños del efecto de las diferencias entre adoptados y cada uno de los otros tres grupos. En la tabla

Tabla 3. Tamaños del efecto de la comparación en RRTS adoptados / no adoptados por grupo

| | Adoptados /Compañeros | | Adoptados /Zonas de Origen | | Adoptados /Acogimiento Residencial | | | | |
|----------------|-----------------------|------------|----------------------------|-------|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Niñas | Niños | Niñas | Niños | Niñas | Niños | | | |
| Total | .48 | .63 | .36 | -.06 | .22 | -.35 | -.36 | -.20 | -.58 |
| Emocional | .47 | .19 | .86 | .04 | .10 | .05 | -.20 | -.23 | -.17 |
| Hiperactividad | .56 | .80 | .37 | .17 | .43 | -.03 | -.09 | -.03 | -.18 |
| Conducta | .44 | .94 | .12 | -.15 | .11 | -.40 | -.15 | .14 | -.44 |
| Prosocial | .21 | .23 | .18 | -.10 | .16 | -.36 | -.53 | -.39 | -.69 |

Nota: Tamaño del efecto = (Media de los adoptados - Media del grupo de comparación (C, ZO o I)) / Desviación Típica del grupo de comparación (C, ZO o I).

3 presentamos los tamaños del efecto de cada una de las comparaciones A/C, A/ZO y A/AR, diferenciando a su vez entre niños y niñas, en cuanto a la puntuación total y a cada subescala del RRTS.

En cuanto a las comparaciones entre A y C, en primer lugar, los valores d son siempre positivos (mayores problemas en los adoptados), de tamaño medio (a excepción de las diferencias en problemas emocionales, de tamaño bajo), y nos presentan mayores tamaños del efecto entre las chicas que entre los chicos. Destacan los TE elevados de las chicas en los casos de problemas de conducta e hiperactividad (0.94 y 0.80, respectivamente); o, lo que es lo mismo, las diferencias entre las adoptadas y sus compañeras son mucho mayores que entre los adoptados y sus compañeros. En estas dos mismas subescalas, en el caso de los chicos no es considerable el TE de los problemas de conducta, y el de problemas de hiperactividad es pequeño (0.36). Por último, los problemas emocionales entre los chicos tienen un TE alto, y menor de .20 para las chicas. La magnitud de las diferencias en problemas prosociales entre A y C es pequeña.

La comparación A/ZO nos muestra menos diferencias entre estos dos grupos que, como ya hemos presentado anteriormente, se situaban en un nivel intermedio de manifestación de problemas entre C y AR. Entre las chicas, los mayores problemas de las adoptadas en el total de la escala y en la subescala de problemas de hiperactividad tienen una magnitud entre baja y media. En el caso de los chicos, los adoptados presentan menores problemas que en el total de la escala, en problemas de conducta y en problemas prosociales; el TE oscila entre bajo y medio.

Por último, entre niñas adoptadas y niñas en acogimiento residencial la magnitud de las diferencias parece ser menor que entre los niños (aunque en ambos casos, en chicos y en chicas, los adoptados presentan menos problemas que los institucionalizados). Respecto a los TE que superan el valor .20, la magnitud de las diferencias es pequeña en las chicas tanto en el total de problemas, como en las subescalas de problemas emocionales y prosociales; entre los chicos, los TE se sitúan en torno a los valores medios en el total de la escala, en los problemas de conducta y prosociales.

Discusión

La principal aportación de este trabajo es que el análisis del ajuste de los niños adoptados se hace a partir de muestras no clínicas. Como ya comentamos, cuando sólo se tienen en cuenta muestras clínicas, hay una gran coincidencia en que el porcentaje de adoptados que recibe tratamiento en salud mental es mayor al que la población adoptiva supone en la población general. Una de las explicaciones de esta mayor presencia de los adoptados entre las poblaciones clínicas la realizan algunos autores al referirse al sesgo en la derivación de estos niños a consultas en salud mental (*referral bias*), en el sentido de que los adoptados son remitidos a este tipo de tratamiento más frecuentemente que los chicos no adoptados con niveles similares de desajuste. Son varias las hipótesis planteadas respecto a esta mayor remisión de adoptados a consultas psiquiátricas: los padres adoptivos ponen el umbral más bajo para buscar asistencia en salud mental para sus hijos, los padres adoptivos tienen un mayor nivel socioeconómico y mayor relación con profesionales, o existe mayor implicación de los padres adoptivos respecto a la cohesión familiar y más baja tolerancia al mal comportamiento (Peters, Atkins y McKay, 1999). Warren (1992), por ejemplo, encontró que, en un grupo importante de adoptados y no adoptados (3698 adolescentes de los que 145 eran adoptados), ante problemas de igual gravedad, los padres de los adoptados buscaban ayuda profesional con más frecuencia que los de los no adoptados. Para este autor, por tanto, los adoptados no estarían más representados en poblaciones clínicas sólo porque tengan mayores problemas, sino por ese sesgo a la sobre-detección por parte de los adoptantes. Probablemente, se necesite mayor evidencia empírica para poder aceptar o rechazar esta hipótesis. En todo caso, nosotros preferimos hacer un estudio más amplio que no estuviese exclusivamente circunscrito a las adopciones clínicas.

Como queda dicho, para analizar el ajuste de los adoptados seleccionamos distintos grupos de comparación. Este diseño nos permite, por tanto, conocer el ajuste de los adoptados en comparación con distintos colectivos, y no con uno solo. En nuestro caso, no podemos generalizar los resultados a la

comparación adoptados frente a no adoptados, ya que son muy distintas las conclusiones en función de con qué grupo de niños se compare a los adoptados. Los resultados del Análisis de la Varianza muestran que son significativos los efectos principales de las variables grupo de pertenencia y género. En cuanto a la edad, no hay evidencia de que existan diferencias respecto a los problemas de comportamiento entre escolares y adolescentes, no encontrando ninguna relación significativa ni entre los adoptados ni en los otros grupos. En líneas generales, tanto en el total de problemas como en cada una de las subescalas, los compañeros actuales son los que muestran menos dificultades medias, seguidos por los adoptados y por los chicos de zonas de origen; los institucionalizados son los que suelen presentar mayores problemas.

Si nos fijamos en la comparación con sus compañeros actuales, nuestros datos en este sentido irían en la misma línea de los estudios que identifican mayores problemas emocionales y comportamentales en los adoptados respecto a sus iguales (Juffer y van IJzendoorn, 2005; Juffer et al., 2011). Estas diferencias tienen un moderado tamaño del efecto, tanto en el total de problemas manifestados, como en los subtipos de problemas emocionales, comportamentales y de atención/hiperactividad. El tamaño del efecto de las diferencias entre estos dos grupos respecto a la manifestación de problemas prosociales es, sin embargo, bajo.

Si tomamos como referencia el grupo de niños en acogimiento residencial, vemos cómo los chicos adoptados presentan como media menos problemas que los institucionalizados, tanto entre chicos como entre chicas, sobre todo en educación primaria, pero también en secundaria (a excepción de que los adoptados presentan a estas edades niveles de hiperactividad comparables a los de los institucionalizados). Las diferencias entre ellos, sin embargo, no siempre son significativas. Aunque muchos de los adoptados estuvieron en acogimiento residencial antes de su adopción, e incluso a edades inferiores que las de estos chicos institucionalizados, parece que no es en sí mismo el paso por centros colectivos lo que está prediciendo un peor ajuste, sino su estancia prolongada en los mismos. Así, cuando estos análisis los realizamos en T1 con chicos en edad de educación

infantil, las diferencias entre los grupos eran prácticamente inexistentes tanto en problemas de conducta como en autoestima (Palacios et al., 1996); ahora, en T2, el cúmulo de experiencias en las vidas de estos chicos hace que las diferencias sean importantes como media tanto en primaria como en secundaria. Por lo demás, no estamos diciendo que los niños institucionalizados de nuestro estudio presenten en todos los casos alteraciones a nivel clínico, sino que como media presentan mayores problemas que el resto. Estos datos coinciden con los de Fernández-Molina et al (2011), que encontraban una menor incidencia de problemas de comportamiento entre chicos en acogimiento preadoptivo que entre chicos en acogimiento residencial. Como indican Bravo y Del Valle (2009), uno de los grandes retos del sistema de protección son precisamente los problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento residencial.

La interacción entre grupo de pertenencia y género no resultó estadísticamente significativa. Sin embargo, cuando se analizan los tamaños del efecto de las diferencias entre adoptados y no adoptados de manera independiente en chicos y chicas, destacan los mayores problemas de conducta y de atención/hiperactividad de las chicas adoptadas respecto al grupo control de compañeras, mientras que entre chicos el nivel de problemas de conducta era muy similar, y más moderadas las diferencias respecto a los problemas de atención/hiperactividad. Resultados muy similares a estos han sido encontrados por Bricker et al. (2006), Iervolino (2003) y Nilsson et al. (2011). Estos últimos autores plantean la hipótesis de que los problemas psicológicos planteados por la adopción afectan en mayor medida a las chicas adoptadas que a los chicos. Sin embargo, ya que nosotros no sólo hemos tenido en cuenta la presencia de problemas conductuales, sino también emocionales y en las relaciones prosociales, podemos concluir que la mayor diferencia entre los chicos adoptados y sus compañeros tiene lugar, sin embargo, a nivel de problemas más emocionales, mientras que en el caso de las chicas es más a nivel de problemas comportamentales y de hiperactividad. Igualmente, en el grupo en acogimiento residencial llama la atención que las diferencias con los niños adoptados tienen un tamaño entre medio y

moderado, mientras que son pequeñas entre niñas. Nuestra conclusión es que, en general, los chicos de todos los grupos estudiados suelen manifestar como media mayores problemas que las chicas; sin embargo, en el caso de los adoptados, las diferencias de género en este sentido no son tan marcadas en general y, por lo que se refiere al ajuste comportamental, las chicas adoptadas están teniendo un peor ajuste en función de lo esperado por su género.

Somos conscientes de algunas de las limitaciones de este trabajo. Creemos que la más importante es considerar al grupo de adoptados como un grupo homogéneo. Sólo hemos considerado para este artí-

culo las diferencias intergrupo a nivel de género y edad, sabiendo de las importantes diferencias que suele haber en función de otras variables. Como se ha puesto de manifiesto en muchos estudios, la manifestación de problemas emocionales y comportamentales en los adoptados se relaciona tanto con variables del propio adoptado (por ejemplo, edad en el momento de la adopción) como del sistema familiar (por ejemplo, estilos educativos paternos). Hemos preferido, sin embargo, comenzar por las diferencias intergrupo, quedando pendiente para otros trabajos el análisis de la importancia de otros factores en estas posibles semejanzas y diferencias.

Extended Summary

Adoption is a child protection measure taken in order to offer a healthy family setting to children who cannot be cared for or reintegrated in their family of origin. This intervention should provide the conditions for the appropriate psychological development of adopted children. Despite this fact, some studies have indicated a greater tendency for adopted children to express psychological problems (Juffer & van IJzendoorn, 2005; Juffer, van IJzendoorn & Palacios, 2011). In the 80s and 90s, much of the research on adoption dealt with the highlighting of problems among the adoptive population. For example, many researchers have argued, and empirically analyzed, the greater tendency of adopted children to show problems and difficulties in their personal adjustment as compared with other children of the same age. Problems of behavior have been particularly highlighted, as has the higher proportion of adopted people among the clinical population receiving mental health treatment. A psychopathological model is found in many of the studies that have analyzed adoptive samples.

In recent decades, the number of adoptions in Spain has increased considerably. This population has now been living with their adoptive families for years, so the time would seem to be right for an analysis of whether adopted children in our country show differences to non-adopted children, in terms of behavioral and emotional. It is necessary to know if adopted children may be at

heightened risk of mental health or adjustment problems.

The purpose of this study is to compare adopted and non-adopted children's behavior. In particular, our research aim is to compare the average scores of adopted and non-adopted children in the manifestation of problems according to their teachers' valuation, while also taking into account similarities and differences in gender and age. We aim to determine whether adopted children are more likely to have emotional or behavioral problems than non-adopted children.

Method

Sample

Emotional and behavioral problems were investigated in a sample of 569 children aged 7 to 16 (see Table 1). Of these, 286 were girls and 283 boys. There was one group of adopted children (A) ($n = 80$), and three comparison groups of non-adopted children: their current classmates (C) ($n = 140$), children from the areas where the adopted children came from (ZO) ($n = 174$), and children in residential care (AR) ($n = 175$). All adoptions were domestic ones in Andalusia. Children were divided into two age-at-assessment groups: 7-11-year-olds ($n = 323$) and 12-16-year-olds ($n = 246$), corresponding to primary and secondary school level age groups.

Measure

With regard to emotional and behavioral problems, teachers completed the *Revised Rutter Teacher Scale (RRTS)* (Hogg, Rutter & Richman, 1997). This measure provides a total score of problems, as well as scores in four areas: inattention/overactivity, behavioral difficulties, emotional difficulties and prosocial difficulties. It consists of 59 items and each item is scored 0 for *does not apply*, 1 for *applies somehow*, or 2 for *it certainly applies*. The final score is a value between 0 and 2; higher scores indicate greater problems. Analysis of internal consistency of the scale items indicated high Cronbach alpha coefficients.

Results and Discussion

The main contribution of our research is that the adjustment of adopted children is analyzed in non-clinical samples. Other studies, which have considered only the clinical population, agree that adopted children are overrepresented in mental health settings. One explanation for this increased presence of adoptees among clinical populations is the selection bias in the referral of these children to mental health services. There have been several reasons suggested as to why adoptive families might have a relatively low threshold for seeking professional help for their children. To avoid this problem, we preferred to conduct a larger study that is not exclusively limited to clinical populations.

As mentioned above, in order to analyze the adjustment of the adoptees, several comparison groups were selected. This design allows us to understand the adjustment of adoptees compared with more than one group. In our case, we cannot generalize the outcomes to the comparison of adopted vs. non-adopted children, since the conclusions are very different depending upon which group of children is compared to the adopted one.

Table 2 shows descriptive statistics for each of the subscales (emotional, inattention/overactivity, behavioral and prosocial) and total score. The means and standard deviations are presented for each of these variables, classified by *gender* (boys and

girls), *age* (7 to 11, and 12 to 16 years) and *group* (adopted, current classmates, areas of origin and in residential care).

A 2x2x4 ANOVA was performed on the Total Problem *T* scores, with age at assessment (7-11 years and 12-16 years), gender and group (A, C, ZO, AR) as the independent variables. Similar analyses were also performed for the RRTS subscales.

The ANOVA on Total Problems ($F(15, 553) = 5.699, p = .000$) revealed significant effects for gender ($F(1,553) = 14.061, p = .000$) and group ($F(3, 553) = 17.957, p = .000$). No other findings were significant ($p > .05$).

Female participants had a lower level of total problems ($M = .51, DT = .30$) than male participants ($M = .63, DT = .32$). Boys also show higher behavioral, prosocial and inattention problems.

Current classmates (C) show the fewest problems ($M = .43, DT = .27$), followed by adopted children (A) ($M = .56, DT = .33$), and children from the areas where the adopted children came from (ZO) ($M = .58, DT = .33$). Children in residential care present higher difficulties ($M = .67, DT = .30$).

In comparison to their current classmates, our data support previous studies which identified major emotional and behavioral problems in adoptees compared to their peers (Juffer and van IJzendoorn, 2005; Juffer et al., 2011). These differences have a moderate effect size (see Table 3), both in total problems, and the subtypes of emotional, behavioral and inattention/overactivity. The effect sizes for differences between these two groups regarding the expression of prosocial problems are, however, low.

Compared to children in residential care, adopted children showed fewer problems, both among boys and girls, especially in primary education, but also in high school (with the exception of inattention/overactivity, in which both groups had similar levels). Differences between them, however, not always were significant. Although many of the adoptees were in residential care before adoption, it is probable that the length of stay, rather than stay itself, is what predicts a poorer adjustment.

Thus, when these analyses were performed at T1 (first data collection) with preschool children, no differences between groups were found (Palacios et al., 1996). However at T2 (second data collection)

the differences were important, in both primary and secondary school, probably due to the accumulation of life experiences.

Institutionalized children in our study have more problems than the rest, although this does not mean that these children present disorders at the clinical level in all cases. These data are consistent with Fernández-Molina et al (2011) who found a lower incidence of behavioral problems among children in pre-adoptive foster care than among children in residential care. As indicated by Bravo and Del Valle (2009), one of the greatest challenges of the protection system is dealing with the behavioral problems of adolescents in residential care.

The gender x group interaction was not significant. However, different patterns emerged when the mean score comparisons between adoptees and non-adoptees were repeated within each gender group (see Table 3). In the comparison with current classmates, adoption effect sizes were larger for females than for males in behavioral and inattention/overactivity problems, while among boys the level of behavior problems was very similar, and the differences in inattention/overactivity problems were more moderate. In relation to emotional difficulties, adoption effect sizes were substantially greater for males. These results are consistent with Bricker et al. (2006), Iervolino (2003) and Nilsson et al. (2011). As Nilsson et al. (2011) suggest, it is possible that psychological problems associated with being adopted may affect female adopted individuals disproportionately. We added that while behavioral and overactivity areas are affected more in adopted females, most of the differences in male adjustment relates to emotional development.

The final analysis is the comparison with residential care children, who showed the highest level of problems. Differences between adoptees and children in residential care were in the small-to-moderate range (*ES* mostly in the .2 to .4 range). Behavioral and prosocial problems showed larger effect sizes for males (greater differences between adopted boys and boys in residential care) than for females (fewer differences between adopted girls and girls in residential care). Our conclusion is that, in general, boys tend to show greater prob-

lems on average than girls; nevertheless, in the case of adopted children, gender differences were not so deep, and adopted girls had a worse adjustment than would otherwise be expected taking their gender into account, mainly for the behavioral adjustment.

This research has limitations. We believe that the most important thing is to consider the adoptive group as a homogeneous one. We have only considered gender and age differences, although there are other important variables to consider. Other researchers have revealed that emotional and behavioral problems in adoptive children and adolescents are related to both variables of the adopted (e.g., age at the time of adoption) and the family system (for example, parental educational styles). Additional research examining the variability in the group of adopted children is warranted.

Referencias

- Amorós, P. (1987). *La adopción y el acogimiento familiar*. Madrid: Narcea.
- Antolín, L., Oliva, a. y Arranz, E. B. (2009). Contexto familiar y conducta antisocial infantil. *Anuario de Psicología*, 40, 313-327.
- Aznar, M. (2009). Introducción: Actualidad en Clínica de Niños y Adolescentes. *Clínica y Salud*, 20, 209-210.
- Berry, M. y Barth, R. P. (1989). Behavior problems of children adopted when older. *Children and Youth Services review*, 11, 221-238.
- Bohman, M. y Sigvardsson, S. (1990). Outcome in adoption: lessons from longitudinal studies. En D. M. Brodzinsky y M. D. Schechter (Eds.), *The psychology of adoption* (pp. 93-106). New York: Oxford University Press.
- Bravo, A. y Del Valle, J. F. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial: su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 42-52.
- Bricker, J. B., Stallings, M. C., Corley, R. P., Wadsworth, S. J., Bryan, A., Timberlake, D. S. ... DeFries, J.C. (2006). Genetic and environmental influences on age at sexual initiation in the Colorado Adoption Project. *Behavior Genetics*, 36, 820-832.

- Brodzinsky, D. M., Radice, C., Huffman, L. y Merkler, K. (1987). Prevalence of clinically significant symptomatology in a nonclinical sample of adopted and nonadopted children. *Journal of Clinical Child Psychology, 16*, 350-356.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2 ed.)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- DeFries, J. C., Plomin, R. y Fulker, D. W. (1994). *Nature and Nurture in Middle Childhood*: Blackwell Publishers.
- Feigelman W. (2001). Comparing adolescents in diverging family structures: Investigating whether adoptees are more prone to problems than their nonadopted peers. *Adoption Quarterly, 5*, 5-37.
- Fernández-Molina, M., del Valle, J., Fuentes, M., Bernedo, I. y Bravo, A. (2011). Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento pre-adoptivo, residencial y con familia extensa. *Psicothema, 23*, 1-6.
- Goldberg, D. y Wolkind, S. N. (1992). Patterns of psychiatric disorder in adopted girls: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33*, 935-940.
- Grotevant, H. D., van Dulmen, M. H. M., Dunbar, N., Nelson-Christinedaughter, J., Christensen, M., Fan, X. y Miller, B. C. (2006). Antisocial behavior of adoptees and nonadoptees: Prediction from early history and adolescent relationships. *Journal of Research on Adolescence, 16*, 105-131.
- Groze, V. e Ileana, D. (1996). A Follow-up Study of Adopted Children From Romania. *Child and Adolescent Social Work Journal, 13*, 541-565.
- Hogg, C., Rutter, M. y Richman, N. (1997). Emotional and behavioural problems in children. En I. Sclare (Ed.), *Child psychology portfolio*. Windsor: NFER-Nelson.
- Iervolino, A. C. (2003). Adopted and nonadopted adolescents' adjustment. En S. A. Petrill et al. (ed.), *Nature, Nurture and the Transition to Early Adolescence* (pp. 109-132). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Juffer, F. y van IJzendoorn, M. H. (2005). Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association, 293*, 2501-2515.
- Juffer, F., van IJzendoorn, M. H. y Palacios, J. (2011). Recuperación de niños y niñas tras su adopción. *Infancia y Aprendizaje, 34*, 3-18.
- Keyes, M. A., Sharma, A., Elkins, I. J., Iacono, W. G. y McGue, M. (2008). The mental health of US adolescents adopted in infancy. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 162*, 419-425.
- Kirschner, D. (1990). The adopted child syndrome: Considerations for psychotherapy. *Psychotherapy in private practice, 8*, 93-100.
- Levy-Shift, R., Zoran, N. y Shulman, S. (1997). International and Domestic Adoption: Child, Parents, and Family Adjustment. *International Journal of Behavioral Development, 20*, 109-129.
- Lindholm, B. N. y Touliatos, J. (1980). Psychological adjustment of adopted and nonadopted children. *Psychological Reports, 46*, 307-310.
- Moore, J. y Fombonne, E. (1999). Psychopathology in adopted and non-adopted children: A clinical sample. *American Journal of Orthopsychiatry, 69*, 403-409.
- Nilsson, R., Rhee, S. H., Corley, R. P., Rhea, A. A., Wadsworth, S. J. y Defries, J. C. (2011). Conduct Problems in Adopted and Non-Adopted Adolescents and Adoption Satisfaction as a Protective Factor. *Adoption Quarterly, 14*, 181-198.
- Palacios, J. y Sánchez-Sandoval, Y. (1996). Niños adoptados y no adoptados: un estudio comparativo. *Anuario de Psicología, 71*, 63-85.
- Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y. y León, E. (2005). Adopción y problemas de conducta. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica, 19*, 171-190.
- Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y. y Sánchez-Espinosa, E. M. (1996). La adopción en Andalucía. *Apuntes de Psicología, 48*, 7-25.
- Peters, B. R., Atkins, M. S. y McKay, M. M. (1999). Adopted children's behavior problems: A review of five explanatory models. *Clinical Psychology Review, 19*, 297-328.
- Quinton, D., Rushton, A., Dance, C. y Mayes, D. (1998). *Joining New Families*. West Sussex: Wiley.
- Rutter, M., Kreppner, J., O'Connor, T. G., y the English and Romanian Adoptees Study Team (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional deprivation.

- British Journal of Psychiatry*, 179, 97-103.
- Sharma, A. R., McGue, M. K. y Benson, P. L. (1996). The emotional and behavioral adjustment of United States adopted adolescents. Part I: A comparison study. *Children and Youth Services Review*, 18, 77-94.
- 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, 791-802.
- 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, 57-69.
- Smith, J. (2001). The adopted child syndrome. A methodological perspective. *Families in Society*, 82, 491-497.
- Smith, S. L., Howard, J. y Monroe, A. D. (2000). Issues underlying behavior problems in at-risk adopted children. *Children and Youth Services Review*, 22, 539-562.
- Tieman, W., van der Ende, J. y Verhulst, F. C. (2005). Psychiatric disorders in young adult inter-country adoptees: An epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 592-598.
- Verhulst, F. C., Althaus, M. y Versluis-Den Bieman, H. J. M. (1990). Problem Behavior in International Adoptees: I. An Epidemiological Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 94-103.
- Versluis-den 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*, 36, 1411-1428.
- 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.

Artículo recibido: 05/06/2012

Revisión recibida: 26/06/2012

Aceptado: 02/07/2012