

ORIGINAL

## Adopción y alteraciones de conducta en la adolescencia. Estudio en población hospitalaria

A. Fernández Rivas<sup>a,b,\*</sup>, L. Erkoreka<sup>a</sup>, E. Vivanco González<sup>a</sup>, M. Landa Aqueche<sup>a</sup>,  
E. Sesma Pardo<sup>a</sup>, L. Pérez Cabeza<sup>a</sup>, Z. Alonso<sup>a</sup>, I. Kerexeta<sup>a</sup> y M.A. González Torres<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Psiquiatría, Hospital de Basurto, Bilbao, Vizcaya, España

<sup>b</sup> Departamento de Neurociencias, Universidad del País Vasco, UPV/EHU, Bilbao, Vizcaya, España

Recibido el 21 de julio de 2012; aceptado el 26 de febrero de 2013

### PALABRAS CLAVE

Adolescente;  
Adopción;  
Hospitalización;  
Alteraciones de  
conducta

### Resumen

**Introducción:** En las últimas décadas se han incrementado las adopciones en el mundo occidental. Se ha descrito que los adolescentes adoptados están sobrerrepresentados en los servicios de salud mental y que consultan con mayor frecuencia por trastornos de externalización. Planteamos un estudio para valorar la proporción de adolescentes adoptivos y la presencia de conductas externalizantes en una muestra hospitalaria.

**Métodos:** Se recogen prospectivamente los datos de todos los ingresos de adolescentes (12-17 años) hospitalizados en la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil, que atiende a todo el territorio de Bizkaia, durante 56 meses (n = 431). Dividimos la muestra en adoptados (2,6%) y no adoptados (97,4%), y comparamos las siguientes variables: edad media al ingreso, sexo, motivo de ingreso, ingresos previos, diagnóstico al alta, consumo de tóxicos y resultados de la Overt Aggression Scale al ingreso.

**Resultados:** Los adolescentes adoptados están sobrerrepresentados en nuestra muestra (2,84% vs. 0,6% en la población general;  $p < 0,001$ ). Comparándolos con el subgrupo de no adoptivos, ingresan significativamente más jóvenes (14,09 vs. 15,21 años;  $p = 0,017$ ) y tienden a hacerlo más frecuentemente por alteraciones de conducta (63,6% vs. 38,1%;  $p = 0,086$ ).

**Conclusiones:** Los adolescentes adoptados presentan más ingresos y lo hacen a una edad más temprana, datos que indican una mayor gravedad de la afección de estos adolescentes o una menor capacidad de contención de las familias adoptivas. Además, observamos que tienden a ingresar más por alteraciones conductuales, sin existir diferencias significativas en los diagnósticos al alta, lo que sugiere una tendencia a expresar la sintomatología de forma más externalizadora.

© 2012 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [aranzazu.fernandezrivas@osakidetza.net](mailto:aranzazu.fernandezrivas@osakidetza.net) (A. Fernández Rivas).

## KEYWORDS

Adolescent;  
Adoption;  
Hospitalisation;  
Behaviour disorders

## Adoption and behavioural disturbances in adolescence. A hospital patient sample

### Abstract

**Introduction:** The number of adoptions has increased in the Western world in recent decades. An over-representation in mental health services and an increased risk of displaying behavioural disorders has been reported among adopted adolescents. In this study, we aim to assess the proportions of adopted and non-adopted adolescents and the presence of externalizing disorders in an inpatient setting.

**Methods:** Prospective data were collected over 56 months (n = 431) from all adolescent admissions (12-17 years of age) to the Child and Adolescent's Inpatient Psychiatric Unit, which serves the Biscay province (Basque Country, Spain). The sample was divided into adopted (2.6%) and non-adopted adolescents (97.4%), and the following variables were compared: age, gender, cause of admission, prior admissions, main diagnosis, drug use and Overt Aggression Scale score at admission.

**Results:** Adopted adolescents were over-represented in our sample (2.84% vs. 0.6% in the general population of Biscay,  $P < .001$ ). Compared to the non-adopted, age at admission was significantly lower (14.09 vs. 15.21 years old,  $P = .017$ ) and they showed a statistical tendency to be admitted more frequently for behavioural disorders (63.6% vs. 38.1%,  $P = .086$ ).

**Conclusions:** The over-representation and the earlier age at admission suggest that the conditions of adopted adolescents are more serious and/or adoptive families are less able to manage them. The data also show that they tend to be admitted more for behavioural disorders, whilst no significant differences in the diagnosis on discharge were found, which suggests that they tend to externalise their symptoms more.

© 2012 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

A lo largo de las últimas décadas, hemos sido testigos de un aumento en el número de adopciones en el mundo occidental, siendo además cada vez más frecuentes las adopciones internacionales. En nuestro entorno, la provincia de Bizkaia, el número de niños y adolescentes adoptados menores de 18 años ronda los 1.100, lo que supone el 0,6% de la población<sup>1</sup> en esa franja de edad. Se ha descrito que los niños adoptivos han experimentado con mayor frecuencia que los no adoptados una atención médica pre y perinatal inadecuada, privación psicológica, cuidados insuficientes, negligencia, abuso y malnutrición, en los orfanatos o familias de escasos recursos donde residían previamente a la adopción<sup>2-4</sup>.

A pesar de que la mayoría de los adolescentes adoptados presenta un buen ajuste psicosocial, estudios previos han mostrado que los niños adoptivos con historia de exposición prenatal a tóxicos<sup>5</sup>, o situación de privación previa al acogimiento<sup>6</sup>, así como aquellos niños adoptados a edades avanzadas<sup>7</sup>, tenían un mayor riesgo de presentar problemática a nivel social, intelectual y emocional en edades posteriores. En esta línea, se ha visto que los adolescentes adoptados están sobrerrepresentados en los servicios de salud mental, es decir, que teniendo en cuenta la proporción de adolescentes adoptivos en esa franja poblacional, su presencia en los servicios de salud mental es mayor de la esperada<sup>8,9</sup>, exactamente entre 2,5 y 6 veces mayor<sup>10</sup>.

A la hora de estudiar la afección por la que consultan en los servicios de salud mental, está descrito que los adolescentes adoptados presentan con más frecuencia trastornos de externalización que de internalización, en concreto, estos trastornos externalizantes se presentan

aproximadamente 2,3 veces más en adolescentes adoptados que en no adoptados<sup>8</sup>. En estudios realizados en los Estados Unidos, se ha hallado que los adolescentes adoptivos nacionales presentan alteraciones conductuales más frecuentemente que los internacionales<sup>8,9</sup>, siendo derivados estos últimos en menor medida a los servicios de salud mental, aunque más frecuentemente que los adolescentes no adoptivos<sup>9</sup>. En otro estudio llevado a cabo en una Unidad de hospitalización belga, hallaron también que las alteraciones de conducta eran el diagnóstico más frecuente entre los adolescentes adoptivos que ingresaban, diferenciándose significativamente de los diagnósticos más frecuentes de los otros dos grupos a estudio (adolescentes inmigrantes y autóctonos no adoptivos)<sup>11</sup>.

Siguiendo la hipótesis de que estas diferencias pudieran estar relacionadas con las experiencias tempranas del niño, y más específicamente con el patrón de apego, un estudio canadiense ha observado una relación entre la edad de adopción, en cuanto a su influencia en el patrón de apego, y las alteraciones conductuales en la adolescencia<sup>12,13</sup>. Se ha descrito también, en otro trabajo<sup>14</sup>, que mientras que la distribución de apego seguro-inseguro en niños adoptivos es comparable a la del grupo control, los niños adoptivos presentan con una frecuencia significativamente mayor un patrón de apego desorganizado, el 36 vs. el 15% en el grupo control. El apego desorganizado está caracterizado por la ausencia o el fracaso de una estrategia de apego, reflejándose en conductas contradictorias en la relación del niño con las figuras cuidadoras (de apego). Este patrón es predictor de dificultades futuras en la regulación de las emociones y en la relación afectiva con los otros, como por ejemplo, y según distintos autores, problemas de externalización, un menor rendimiento cognitivo en la

infancia<sup>15-17</sup> o conductas disociativas en adolescentes<sup>18</sup>. Por lo tanto, la prevalencia de apego desorganizado, por encima de un tercio en niños adoptivos<sup>14</sup> podría explicar la mayor presencia de alteraciones conductuales, de externalización, en la edad adolescente.

Partiendo de los hallazgos de las investigaciones mencionadas, diseñamos un estudio con el objeto de valorar si estas observaciones ocurren también en nuestro medio hospitalario, es decir, si los adolescentes adoptivos se encuentran sobrerrepresentados en la Unidad y si presentan más frecuentemente afección de la externalización.

## Métodos

### Lugar del estudio

Se recogen de forma prospectiva los datos de los ingresos hospitalarios de adolescentes de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Hospital de Basurto (Bilbao) durante 56 meses (desde febrero del 2005 hasta septiembre del 2009). Esta es la única unidad psiquiátrica específica para ingresos de menores de Bizkaia.

### Muestra de pacientes

La muestra la componen un total de 431 ingresos, correspondientes a 246 adolescentes, siendo 11 de los ingresos de adolescentes adoptivos (2,6%) y el resto (n=420, 97,4%) de no adoptivos. Los pacientes tienen edades comprendidas entre los 12 y los 17 años. Los adolescentes no adoptivos son en total 239 (97,15%) y los adolescentes adoptivos, un total de 7 (2,85%). De estos, 3 corresponden a adopciones internacionales (generando 4 ingresos, 36,4%) y los 4 restantes son de origen nacional, que generan, a su vez, 7 ingresos (63,7%).

### Variabes a estudio

Las variables utilizadas para el estudio son las siguientes: edad media al ingreso, sexo, motivo de ingreso, ingresos previos, diagnóstico principal al alta, consumo de tóxicos (tabaco, alcohol y cannabis) y puntuación de la escala Overt Aggression Scale<sup>19</sup> (OAS) al ingreso.

La variable «Motivo de ingreso» agrupó en 2 categorías, dado el pequeño tamaño muestral del subgrupo de adoptados, estudiándose «Alteraciones de conducta» frente a «Otros» (resto de motivos de ingreso).

La variable «Ingresos previos» se recoge de la historia clínica del paciente y de las entrevistas con el paciente o sus familiares. Analizamos la variable distinguiendo si ha tenido o no ingresos previos («ingresos previos sí», «ingresos previos no»). Consideramos que el hecho de haber requerido varios ingresos puede ser un marcador de gravedad de la afección, y remitiéndonos a la hipótesis de la que partimos, de gravedad de conductas externalizantes.

Por su parte, respecto a la variable «Diagnóstico principal al alta», se analizó el grupo de adolescentes con diagnósticos de «Trastornos disruptivos», considerando el espectro de trastornos disociales o trastornos del comportamiento perturbador según las distintas clasificaciones, frente a los que no presentaron este diagnóstico.

En relación con el consumo de tóxicos, se recogen datos relacionados con la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y cannabis, los tóxicos de uso más extendido entre los adolescentes de nuestro medio<sup>20</sup>. Esta información se recoge de la encuesta al alta que rellenan los pacientes y que, habitualmente, dado el momento en que se cumplimenta, recoge una información fidedigna. El consumo de tóxicos en adolescentes está asociado a alteraciones conductuales<sup>21-24</sup>, siendo este el motivo de incluir la variable en nuestra investigación.

La agresividad manifiesta de los pacientes fue evaluada mediante la escala OAS. Este es un instrumento diseñado para medir la agresividad y valora 4 modalidades: verbal, física contra uno mismo, física contra objetos y física contra otras personas. Fue cumplimentado por el personal de enfermería, previamente entrenado para ello, y recoge datos referentes a la agresividad presentada en la semana previa al ingreso, sobre la base de la información aportada por los padres o tutores de los pacientes. En cada apartado de agresividad de la escala se anotó la conducta agresiva más grave en intensidad que el paciente hubiera presentado en el tiempo valorado, así como la frecuencia de su presentación. El análisis de fiabilidad entre jueces (entre las enfermeras que valoraron la escala) reveló un índice kappa 0,78 ( $p < 0,001$ ) para la agresión a objetos y kappa 0,84 ( $p < 0,001$ ) para agresión a personas. Consideramos que la puntuación obtenida mediante esta escala en el momento del ingreso podría ayudar a objetivar la gravedad de las conductas externalizantes que motivaron el internamiento. A la hora de trabajar con la puntuación, se agrupa en «no agresividad» (puntuación: 0) y «sí agresividad» (puntuación con valor positivo).

### Análisis estadístico

Se realiza un análisis bivariado comparándose las variables a estudio entre las 2 poblaciones independientes: adolescentes adoptivos y adolescentes no adoptivos. En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos de las variables, obteniendo la frecuencia y el porcentaje en el caso de las variables categóricas (sexo, motivo de consulta, diagnóstico al alta, consumo de tóxicos, OAS al ingreso) y la media  $\pm$  desviación típica en el caso de las variables cuantitativas (edad). Se compararon luego los resultados en cuanto a las variables objeto de estudio en los dos grupos de interés. Para las variables categóricas (todas menos la edad) se utilizó el estadístico de la chi al cuadrado, así como la prueba exacta de Fisher y la corrección de continuidad de Yates en las ocasiones adecuadas. En el caso de la edad, se aplicó la t de Student. Los análisis fueron realizados con la ayuda del paquete estadístico SPSS para Windows versión 16.0.

## Resultados

No se han hallado diferencias estadísticamente significativas en la distribución por sexo entre ambos grupos, como podemos observar en la [tabla 1](#). Sin embargo, al comparar la edad media al ingreso, objetivamos que los adolescentes adoptados ingresan significativamente más jóvenes que los adolescentes no adoptados (edad media: 14,09 vs. 15,21 años,  $p=0,017$ ). Por su parte, los datos de incidencia de

**Tabla 1** Variables descriptivas

|  | Adoptados        | No adoptados     | p     |
|--|------------------|------------------|-------|
| <i>Tamaño muestral (n)</i>               | 11 (2,6%)        | 420 (97,4%)      |       |
| <i>Sexo<sup>a</sup></i>                  |                  |                  |       |
| Hombres                                  | 7 (63,6%)        | 209 (49,8%)      | 0,364 |
| Mujeres                                  | 4 (36,4%)        | 211 (50,2%)      |       |
| <i>Edad media al ingreso<sup>b</sup></i> | 14,09 (±1,86 DE) | 15,21 (±1,52 DE) | 0,017 |

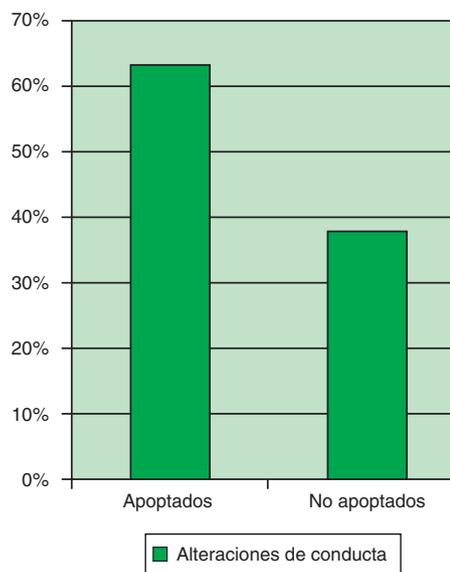
<sup>a</sup> Prueba de la chi al cuadrado.

<sup>b</sup> Prueba de la t de Student.

ingreso en la Unidad sugieren que, al igual que se ha descrito en otros trabajos, los adolescentes adoptados están sobrerrepresentados en nuestra muestra de pacientes hospitalizados (2,84% vs. 0,6% en la población general,  $p < 0,001$ ). Teniendo en cuenta su prevalencia en la franja poblacional de referencia, su presencia en la Unidad de hospitalización es 4,73 veces mayor que la esperada.

En el análisis de las variables recogidas en la **tabla 2** observamos que los adolescentes adoptivos presentan mayor tendencia a ingresar por alteraciones de conducta que sus coetáneos no adoptivos (**fig. 1**), siendo el motivo de hospitalización del 63,6% de los adolescentes adoptivos frente al 38,1% de los no adoptivos ( $p = 0,086$ ). Esta diferencia no se ha podido objetivar en el análisis del diagnóstico principal al alta, a pesar de que la frecuencia de «Trastorno disruptivo» como diagnóstico principal difiere considerablemente entre ambos grupos (el 36,4% en adolescentes adoptados frente al 18,8% en no adoptados). No se objetivan diferencias estadísticamente significativas en relación con la variable «Ingresos previos».

Respecto al consumo de tóxicos, no se observan diferencias en relación con el consumo de tabaco y alcohol, pero sí una tendencia a consumir menos cannabis entre los adolescentes adoptivos, comparándolo con la muestra de no



**Figura 1** Motivo de ingreso.

**Tabla 2** Variables clínicas

|  | Adoptados, n (%) | No adoptados, n (%) | p     |
|--|------------------|---------------------|-------|
| <i>Motivo de ingreso<sup>a</sup></i>             |                  |                     |       |
| Alteraciones de conducta                         | 7 (63,6%)        | 160 (38,1%)         | 0,086 |
| Otros  | 4 (36,4%)        | 260 (61,9%)         |       |
| <i>Ingresos previos<sup>a</sup></i>              | 6 (54,5%)        | 198 (47,1%)         | 0,627 |
| <i>Diagnóstico principal al alta<sup>a</sup></i> |                  |                     |       |
| Trastornos disruptivos                           | 4 (36,4%)        | 79 (18,8%)          | 0,145 |
| Otros  | 7 (63,6%)        | 341 (81,2%)         |       |
| <i>Consumo de tóxicos<sup>a</sup></i>            |                  |                     |       |
| Tabaco (sí)                                      | 2 (18,2%)        | 164 (41,9%)         | 0,272 |
| Alcohol (sí)                                     | 5 (45,5%)        | 183 (45,0%)         | 0,974 |
| Cannabis (sí)                                    | 1 (9,1%)         | 136 (33,3%)         | 0,091 |
| <i>OAS al ingreso<sup>a</sup></i>                |                  |                     |       |
| Verbal   | 10 (90,9%)       | 337 (80,2%)         | 0,378 |
| Autoagresión                                     | 6 (54,5%)        | 186 (44,3%)         | 0,499 |
| Agresividad física contra objetos                | 9 (81,8%)        | 269 (64,0%)         | 0,224 |
| Agresividad física contra personas               | 7 (63,6%)        | 193 (46,0%)         | 0,246 |

<sup>a</sup> Prueba de la chi al cuadrado.

adoptivos. Finalmente, no se han hallado diferencias significativas en las puntuaciones de la escala OAS, en ninguna de las 4 modalidades de agresividad: verbal, física contra uno mismo, física contra objetos ni física contra otras personas.

## Discusión

Los resultados obtenidos en nuestro estudio sugieren que, al igual que lo descrito en otras investigaciones, los adolescentes adoptados están sobrerrepresentados en nuestros servicios de Salud Mental. Hemos estudiado, en este caso, su presencia en el ámbito hospitalario, que recoge la casuística más grave; no obstante, sería interesante objetivar si esta sobrerrepresentación ocurre también en los servicios de Salud Mental ambulatorios de nuestro entorno.

Así mismo, podemos concluir que los adolescentes adoptivos de nuestro medio, al igual que en otros estudios, presentan también una mayor tendencia a la externalización. La muestra recoge los datos de todos los adolescentes ingresados a lo largo de 56 meses en una Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, que es referente para una provincia de más de un millón de habitantes. A pesar de que el tamaño muestral del subgrupo de adoptados es relativamente pequeño, los resultados hallados en el motivo de consulta muestran una tendencia a ingresar más que los no adoptivos por alteraciones conductuales, reflejando que estos adolescentes son más propensos a presentar conductas disruptivas suficientemente graves como para motivar su hospitalización. El hecho de no hallar posteriormente diferencias en relación con el diagnóstico principal al alta, además, refuerza la hipótesis de que estos adolescentes, a pesar de no diferir en el diagnóstico (es decir, a pesar de presentar una distribución similar de patología), expresan sus síntomas de una forma más externalizadora que sus coetáneos no adoptivos.

Así mismo, los adolescentes adoptivos ingresan siendo significativamente más jóvenes que los no adoptivos, dato que sugiere que la sintomatología que motiva el ingreso es probablemente más intensa y desestructurante a edades más precoces. Asumiendo que la mayoría de los ingresos en nuestra Unidad se realizan en situaciones extremas de gravedad de enfermedad y/o claudicación familiar, este hallazgo sugiere que, o bien los adolescentes adoptivos presentan alteraciones más graves y menos contenibles en el domicilio, o bien las familias adoptivas tienen una menor capacidad de contención que las familias biológicas.

En relación con el consumo de tóxicos, factor asociado a alteraciones conductuales en adolescentes<sup>21-24</sup>, cabe recalcar, en primer lugar, la menor tendencia de los adolescentes adoptivos a consumir cannabis, a igual consumo de tabaco y alcohol. No obstante, es necesario señalar los datos sobre consumo de cannabis en la población general adolescente española. El 16,4% de los estudiantes de Enseñanza Secundaria de 14 años ha consumido cannabis alguna vez, el 14,4% lo ha hecho en los últimos 12 meses y el 8,5% en los últimos 30 días. Entre los adolescentes de 15 años, el consumo pasa a ser de un 29,2% alguna vez, un 25,8% los últimos 12 meses y un 16,9% los últimos 30 días<sup>20</sup>. Es decir, en el transcurso entre los 14 y los 15 años de edad el consumo de cannabis prácticamente se duplica. Por lo tanto, la tendencia a un menor consumo de cannabis de los adolescentes adoptivos

de nuestra muestra puede deberse a que sean más jóvenes y aún no hayan iniciado el consumo, aunque probablemente sea un hallazgo al que haya que prestar atención para futuros estudios.

Los resultados obtenidos en la escala OAS, aunque no presentan diferencias estadísticamente significativas entre los 2 grupos, revelan una mayor frecuencia de conducta agresiva en el subgrupo de adoptados que entre los no adoptados, que además es constante en las 4 modalidades de agresividad medidas con este instrumento. Difiere, además, especialmente, en las 2 subescalas de heteroagresividad (contra objetos y contra personas). Por lo tanto, cabría preguntarse si, disponiendo de una muestra mayor que engrosara también el tamaño del subgrupo de adoptados, estos valores se detectarían como una diferencia significativa.

Respecto a las limitaciones del estudio, cabe señalar el escaso tamaño muestral del subgrupo de adolescentes adoptados, que, sin embargo, son todos los que han tenido contacto con la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil de nuestra provincia a lo largo de los 56 meses de estudio. En cualquier caso, un subgrupo tan pequeño supone siempre una dificultad a la hora de realizar el análisis estadístico de las variables. No obstante, y a pesar de las limitaciones, podemos asegurar que los resultados hallados reflejan la realidad clínica de nuestro medio y refuerzan hallazgos de otros trabajos similares, realizados en poblaciones comparables con la nuestra.

Finalmente, consideramos el patrón de apego como un factor que podría contribuir a explicar las diferencias observadas en cuanto a conductas externalizantes entre adolescentes adoptivos y no adoptivos. Aunque con resultados en ocasiones contradictorios, existen numerosas investigaciones<sup>12-16,25-30</sup> que han asociado patrones de apego y alteraciones de conducta, así como trabajos más generales sobre adopción y apego<sup>31-33</sup>. Remitiéndonos a la teoría del apego, tanto Bowlby como Ainsworth señalaron la importancia del tipo de apego establecido con los padres en la formación de relaciones afectivas posteriores con iguales. Bowlby explicó esta relación mediante los modelos representacionales, creados en la primera infancia sobre la base de la relación con las figuras de apego y que incluyen información acerca del niño, de la figura de apego y de la relación entre ambos. La tendencia a la externalización de nuestros adolescentes adoptados podría muy probablemente ser el reflejo de un modelo representacional en el cual no haya existido una figura de apego suficientemente afectuosa y sensible para proporcionar un vínculo seguro<sup>34,35</sup>.

También en este sentido, y en el contexto de la teoría de la mente, investigaciones posteriores de Fonagy sobre la persistencia transgeneracional del apego señalan la importancia de los 3 primeros años de vida en la adquisición de una correcta capacidad de mentalizar. Según este autor, la función reflexiva del cuidador predice, a través de la seguridad en el apego, el desarrollo precoz de una teoría de la mente en el niño<sup>36,37</sup>. Si nos planteamos como hipótesis que la manifestación del malestar mediante conductas externalizantes que hemos observado en nuestra muestra de adoptados podría tener relación con una pobre capacidad reflexiva; estas diferencias bien podrían deberse precisamente a la ausencia, inconsistencia o retraso en la creación de un vínculo precoz con una figura de apego en este grupo de adolescentes.

Por lo tanto, a la hora de plantear futuros trabajos con objeto de reforzar los hallazgos de este y otros estudios, además de replicarlo en poblaciones similares, señalaríamos el interés que tendría, por un lado, profundizar en el estudio del apego en niños adoptivos y su relación con comportamiento disruptivo en la edad adolescente. Por otro lado, y al hilo de la posibilidad de que la mayor proporción de ingresos se derivase de una menor capacidad de contención de las familias adoptivas, resultaría de interés la valoración de diferencias en la parentalidad entre los padres adoptivos y su asociación con el desarrollo de los niños adoptados. Todo ello contribuiría a establecer de forma más concreta factores etiológicos o de riesgo de las alteraciones conductuales descritas y diseñar abordajes preventivos<sup>31</sup> que pudieran minimizar las consecuencias.

## Financiación

El estudio ha recibido una financiación parcial del Comité de Investigación del Hospital de Basurto.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Eustat [base de datos de Internet] [consultado 1 Feb 2010]. Disponible en: [www.eustat.es](http://www.eustat.es)
2. Gunnar MR, Bruce J, Grotevant HD. International adoption of institutionally reared children: research and policy. *Dev Psychopathol.* 2000;12:677-93.
3. O'Connor TG, Rutter M, Beckett C, Keaveney L, Kreppner JM. The effects of global severe privation on cognitive competence: extension and longitudinal follow-up. *Child Dev.* 2000;71:376-90.
4. Verhulst FC, Althaus M, Versluis-den Bieman HJ. Problem behavior in international adoptees, I: an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1990;29:94-103.
5. Nulman I, Rovet J, Greenbaum R, Loebstein M, Wolpin J, Pace-Asciak P, et al. Neurodevelopment of adopted children exposed in utero to cocaine: the Toronto Adoption Study. *Clin Invest Med.* 2001;24:129-37.
6. Beckett C, Maughan B, Rutter M, Castle J, Colvert E, Groothues C, et al. Do the effects of early severe deprivation on cognition persist into early adolescence? Findings from the English and Romanian adoptees study. *Child Dev.* 2006;77:696-711.
7. Sharma AR, McGue M, Benson P. The emotional and behavioral adjustment of United States adopted adolescents, part II: Age at placement. *Child Youth Serv Rev.* 1996;18:101-14.
8. Keyes MA, Sharma A, Elkins IJ, Iacono WG, McGue M. The mental health of US adolescents adopted in infancy. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008;162:419-25.
9. Juffer F, Van Ijzendoorn MH. Behavior problems and mental health referrals of international adoptees. A meta-analysis. *JAMA.* 2005;293:2501-15.
10. Haugaard JJ. Is adoption a risk factor for the development of adjustment problems? *Clin Psychol Rev.* 1998;18:47-69.
11. Beine A, Constant É, Goffinet S. L'adoption, un risque accru d'hospitalisation psychiatrique? Étude préliminaire. *Ann Méd Psychol.* 2008;166:516-22.
12. Habersaat S, Tessier R, Larose S, Nadeau L, Tarabulsky G, Moss E, et al. Adoption, adolescence et difficultés de comportement: quels facteurs de risque. *Ann Med Psychol.* 2010;168:343-9.
13. Habersaat SA, Tessier R, Pierrehumbert B. International adoption: Influence of attachment and maternal monitoring style in the emergence of behavioural problems in adolescence in relation to age at adoption. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr.* 2011;162:21-6.
14. Van Londen WM, Juffer F, Van Ijzendoorn MH. Attachment, cognitive, and motor development in adopted children: short-term outcomes after international adoption. *J Pediatr Psicol.* 2007;32:1249-58.
15. Moss E, Cyr C, Dubois-Comtois K. Attachment at early school age and developmental risk: examining family contexts and behaviour problems of controlling-caregiving, controlling-punitive and behaviourally disorganized children. *Dev Psychol.* 2004;40:519-32.
16. Stams GJJM, Juffer F, Van Ijzendoorn MH. Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament in early childhood: The case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Dev Psychol.* 2002;38:806-21.
17. Van Ijzendoorn MH, Schuengel C, Bakersman-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Dev Psychopathol.* 1999;11:225-49.
18. Carlson EA. A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Dev.* 1998;69:1970-9.
19. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression. *Am J Psychiatry.* 1986;143:35-9.
20. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2008 [base de datos de Internet] [consultado 28 Feb 2010]. Disponible en: [www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008\\_Web.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008_Web.pdf)
21. Calafat A, Amengual M, Palmer A, Saliba C. Drug use and its relationship to other behavior disorders and maladjustment signs among adolescents. *Subst Use Misuse.* 1997;32:1-24.
22. Helmstrom A, Bryan A, Hutchinson KE, Riggs PD, Blechman EA. Tobacco and alcohol use as an explanation for the association between externalizing behavior and illicit drug use among delinquent adolescents. *Prev Sci.* 2004;5:267-77.
23. Stephan P, Adamkiewicz B, Bolognini M, Plancherel B, Page M, Bernard M, Halfon O. Caractéristiques psychosociales d'adolescents souffrant de troubles du comportement. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2006;54:175-82.
24. Bukstein OG. Disruptive behavior disorders and substance use disorders in adolescents. *J Psychoactive Drugs.* 2000;32:67-79.
25. Marcovitch S, Goldberg S, Gold A, Washington J, Wasson C, Krekewich K, et al. Determinants of behavioral problems in Romanian children adopted in Ontario. *Int J Behav Dev.* 1997;20:17-32.
26. O'Connor TG, Marvin RS, Rutter M, Olrick JT, Britner PA, the English and Romanian Adoption Study Team. Child-parent attachment following early institutional deprivation. *Dev Psychopathol.* 2003;15:19-38.
27. Feeney JA, Passmore NL, Adoption Peterson CC. attachment and relationship concerns: a study of adult adoptees. *Pers Relatsh.* 2007;14:129-47.
28. Sroufe LA, Egeland B, Carlson EA, Collins WA. The development of the person. The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood. New York: The Guildford Press;2005.
29. Klahr AM, McGue M, Iacono WG, Burt SA. The association between parent-child conflict and adolescent conduct problems over time: Results from a longitudinal adoption study. *J Abnorm Psychol.* 2011;120:46-56.
30. Nickman SL, Rosenfeld AA, Fine P, Macintyre JC, Pilowsky DJ, Ruth-Arlene Howe JD, et al. Children in adoptive families: overview and update. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005;44:987-95.

31. Body Lawson F, Dacqui L, Sibertin-Blanc D. L'adoption à l'épreuve de l'adolescence. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2008;56:461-7.
32. Sellenet C. La parentalité adoptive et ses nouveaux enjeux. *Arch Pediatr.* 2008;15:492-4.
33. Dozier M, Rutter M. Challenges to the development of attachment relationships faced by young children in foster and adoptive care. En: Cassidy J, Shaver PR, editores. *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications.* 2nd ed. New York: The Guildford Press; 2008.
34. Ainsworth MD. Attachment beyond infancy. *Am Psychol.* 1989;44:709-16.
35. Bowlby J. *The making and breaking of affectional bonds.* London: Tavistock; 1979.
36. Fonagy P, Steele H, Steele M. The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Ment Health J.* 1991;13:200-17.
37. Fonagy P, Steele M, Steele H, Higgitt A, Target M. The Emmanuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience. *J Child Psychol Psychiatry.* 1994;35:231-57.