



**“NIÑOS Y NIÑAS DE ADOPCIÓN INTERNACIONAL
EN FAMILIAS ESPAÑOLAS:**

**Desarrollo físico y psicológico a la llegada
a las familias adoptivas y evolución posterior”**

1º Accesit

Maite Román Rodríguez
Fundación Acción Familiar



Este trabajo se enmarca dentro de un estudio más amplio que engloba dos proyectos realizados a nivel nacional dirigidos por D. Jesús Palacios González, Catedrático del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla. En el presente trabajo se unen por primera vez las muestras de ambos proyectos y se analizan de forma detallada contenidos que anteriormente no habían sido explorados en profundidad. La autora¹ agradece sinceramente a las familias que han participado en este estudio su colaboración. Sin ellas no podríamos seguir avanzando en el conocimiento y comprensión del contexto familiar.

© Queda prohibido, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de este Documento sin contar con la autorización de Acción Familiar. La infracción de los derechos mencionados puede ser constituida de delito contra la propiedad intelectual (art.270 y ss. del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos vela por el respeto de los citados derechos.

¹ En el momento de la elaboración del presente trabajo, la autora se encontraba disfrutando una beca del Programa de Formación de Profesorado Universitario en el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla concedida por el Ministerio de Educación y Ciencia.

Índice

Introducción.....	5
-------------------	---

Capítulo 1. Revisión bibliográfica

1. La adopción internacional en España.....	6
2. La adopción como "experimento natural"	9
3. Impacto de la privación ambiental temprana sobre el desarrollo físico y psicológico y evolución tras la adopción	11
3.1. Desarrollo físico de niños y niñas de adopción internacional.....	12
3.1.1. La antropometría como medida de evaluación del crecimiento...13	
3.1.2. Desarrollo físico de los niños y las niñas adoptados en el momento de la llegada a sus nuevas familias.....	15
3.1.3. Factores asociados al desarrollo físico a la llegada.....	19
3.1.4. Evolución y situación actual del desarrollo físico de niños y niñas de adopción internacional.....	24
3.1.5. Factores asociados a la evolución y situación actual del desarrollo físico.....	27
3.2. Desarrollo psicológico de niños y niñas de adopción internacional.....	29
3.2.1. Desarrollo psicológico general de los niños y niñas adoptados en el momento de la llegada a sus nuevas familias.....	29
3.2.2. Factores asociados al desarrollo psicológico general a la llegada.....	31
3.2.3. Evolución y situación posterior al desarrollo psicológico general de niños y niñas de adopción internacional.....	32
3.2.4. Factores asociados a la evolución y situación posterior del desarrollo psicológico.....	35
3.2.5. La relación entre desarrollo físico y desarrollo psicológico en niños y niñas de adopción internacional.....	36
3.2.6. Relación entre el desarrollo físico y el desarrollo psicológico inicial.....	37
3.2.7. Relación entre el desarrollo físico y el desarrollo psicológico tras un tiempo en la familia adoptiva.....	38
4. Hipótesis de investigación.....	40

Capítulo 2. Método

1. Diseño.....	41
2. Instrumentos.	43
3. Muestra.....	45

Capítulo 3. Resultados

1. Características de los niños y las niñas de cada uno de los países de procedencia.....	50
2. Desarrollo físico de niños y de niñas de adopción internacional.....	56
2.1. Situación inicial del desarrollo físico.....	56
2.2. Factores asociados a la talla a la llegada.....	58
2.3. Niños y niñas con retraso severo en la talla inicial.....	60
2.4. Factores asociados al perímetro cefálico inicial.....	63
2.5. Grupo con retraso severo en el perímetro cefálico inicial.....	65
2.6. Evolución y estado actual del desarrollo físico.....	67
2.7. Evolución y situación actual de la talla en el momento del estudio.....	72
2.8. Evolución y situación actual de los niños y las niñas con retraso severo en la talla inicial.....	76
2.9. Evolución y situación actual del perímetro cefálico en el momento del estudio.....	78
2.10. Evolución y situación actual de los niños y las niñas con retraso severo en el perímetro inicial.	81
3. Desarrollo psicológico general de niños y de niñas de adopción internacional.....	84
3.1. Desarrollo psicológico general en el momento de la llegada.....	84
3.2. Niños y niñas con problemas severos en el desarrollo psicológico inicial.....	87
3.3. Evolución y situación actual del desarrollo psicológico general.....	90
3.4. Recuperación y situación actual de los niños y las niñas con problemas severos en el desarrollo psicológico inicial.....	94

Capítulo 4. Discusión

1. Desarrollo físico en niños y niñas de adopción internacional.....	97
2. Desarrollo psicológico general en niños y niñas de adopción internacional.....	102
3. Relación entre el desarrollo físico y el desarrollo psicológico en niños y niñas de adopción internacional.....	105

Referencias.....	108
------------------	-----

Introducción

Este trabajo se enmarca dentro de un estudio más amplio que tiene como objetivo principal llevar a cabo una aproximación a un fenómeno social con una trascendencia cada vez mayor en la realidad española, como es la adopción internacional. Dicho estudio engloba dos proyectos dirigidos por D. Jesús Palacios González, Catedrático del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla. El primero de estos trabajos fue desarrollado gracias a un convenio de colaboración entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la Universidad de Sevilla (Palacios, Sánchez-Sandoval y León, 2005) y el segundo fue fruto de un convenio entre la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León y la Universidad de Sevilla (Palacios, Sánchez-Sandoval, León y Román, en prensa). En los informes finales de estos proyectos se recogen muchos datos de enorme interés para la ampliación del conocimiento de un proceso tan complejo como es la adopción. No obstante, seguían quedando por explorar contenidos de gran relevancia que no fueron examinados en profundidad. El presente trabajo, en el que se engloban por primera vez las muestras de ambos proyectos, surge con el propósito de analizar de forma detallada los contenidos referentes al desarrollo físico y psicológico de los niños y niñas estudiados. Los objetivos específicos que guiarán la exposición del mismo son los siguientes:

1. Analizar el estado del desarrollo físico en el momento de la adopción de niños y de niñas procedentes de otros países; analizar su evolución y la situación tras un tiempo en la familia adoptiva, así como examinar los factores que puedan estar influyendo en la situación inicial y posterior del desarrollo físico.
2. Profundizar en el estado del desarrollo psicológico de estos niños y de estas niñas a la llegada a las familias adoptivas, en su evolución y situación posterior y en los factores que puedan encontrarse relacionados con el estado en cada uno de los momentos examinados.
3. Explorar la relación entre el estado del desarrollo físico y el del desarrollo psicológico en el momento de la adopción y tras un tiempo en la familia adoptiva.
4. Determinar con qué variables se relacionan la situación en el momento de la llegada y la evolución posterior, tanto en la muestra en general como en el subgrupo de los que llegaron a su familia adoptiva en peores condiciones.

En el primer capítulo de este trabajo se va a llevar a cabo una revisión de la literatura que aborda fundamentalmente la temática relacionada con el desarrollo físico y psicológico en niños y niñas de adopción internacional. Posteriormente, se explicará la metodología empleada, exponiendo el diseño del estudio, los instrumentos utilizados y las características de la muestra. Un tercer capítulo estará dedicado a la exposición de los análisis y resultados hallados. Finalmente, el cuarto capítulo se dedicará a la discusión de los resultados obtenidos y a la propuesta de líneas futuras de investigación.

Capítulo 1. Revisión bibliográfica.

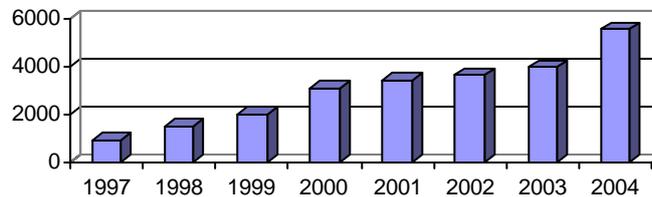
1. La adopción internacional en España

La adopción es una medida del sistema de protección que tiene por objeto velar por el interés superior de los niños y las niñas, proporcionando una familia a aquellos que carecen de ella o que, teniéndola, no cuentan con cuidadores capacitados o en condiciones para hacerse cargo de ellos. La adopción supone emprender un camino en el que se reestablece el derecho de un niño o una niña a vivir en familia. Es el encuentro entre las necesidades de un menor y los deseos de unos padres. Y la adopción internacional, que ha adquirido un protagonismo reciente y destacado en el panorama social español, es un tipo de adopción a través del cual un menor de un país extranjero pasa a formar parte de una familia de otro país.

En 1993 se firma el convenio de La Haya sobre protección del niño y cooperación entre los estados miembros en materia de adopción internacional, con el que se trata de establecer las garantías necesarias para que la adopción se realice en vistas al interés superior del niño. Dos años después, en 1995, España ratifica el convenio, incorporando sus principios a la legislación española en 1996. A partir de este momento, la adopción internacional, que había sido casi inexistente en el país hasta entonces, se convierte en un fenómeno emergente que empieza a cobrar una relevancia cada vez más destacada.

En el periodo comprendido entre 1997 y 2004, fueron 24.042 las adopciones internacionales llevadas a cabo en España, según los datos facilitados por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. El incremento del número de adopciones internacionales en nuestro país ha sido progresivo, como puede observarse en la figura que aparece más abajo, pasando de las 942 adopciones internacionales realizadas en 1997, a las 5.541 realizadas en el año 2004, un número casi 6 veces mayor que el de ocho años antes. El mayor incremento anual ha sido el correspondiente al año 2004, con un crecimiento del 40% en el número de adopciones internacionales respecto al año anterior. A pesar de no encontrarse entre los países pioneros en la regulación de la adopción internacional, con una incorporación algo más tardía, España se ha colocado a la cabeza mundial de las adopciones internacionales, convirtiéndose en el segundo país del mundo (sólo detrás de Estados Unidos) y en el primero de Europa en números absolutos de adopciones internacionales realizadas (Valcarce, 2005).

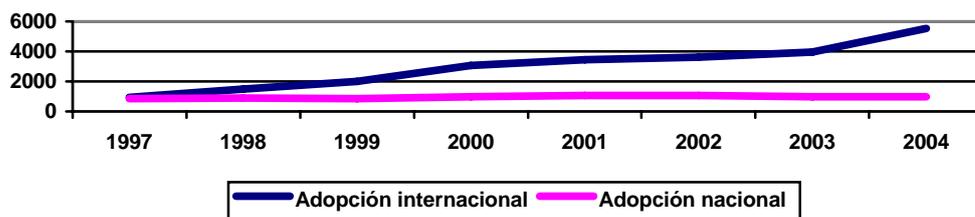
Figura 1. Incremento de las adopciones internacionales en España 1997-2004



En cuanto al origen de estos niños y estas niñas, el mayor número de menores adoptados en España procede de Asia, con un total de 2.577 adopciones en el año 2004, siendo China el principal país de procedencia (2.389 adopciones en este país). Detrás, se sitúa Europa del Este, con un total de 2.111 menores adoptados y con la Federación Rusa como país principal de procedencia, con 1.618 adopciones. A continuación, se encuentra América Latina, donde se adoptaron 585 niños y niñas en el año 2004, de los que 256 procedían de Colombia. Por último, en África se adoptaron el pasado año 268 niños y niñas, que procedían principalmente de Etiopía, donde se efectuaron 220 adopciones internacionales (Valcarce, 2005).

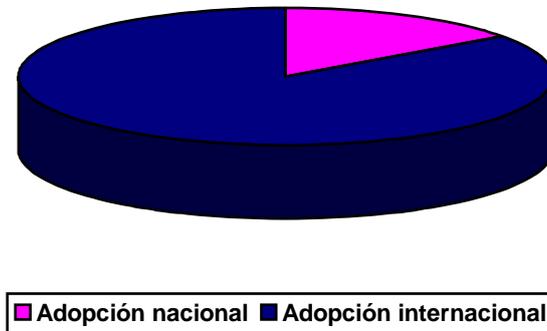
Este incremento progresivo de la adopción internacional en España, viene acompañado de una evolución estable de la adopción nacional en este período de tiempo. El número de adopciones nacionales llevadas a cabo en nuestro país en 1997 fue de 849, y en 2004, el número ascendió sólo hasta 976, según los datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. De esta forma, la adopción internacional ha ido abriéndose camino ante la estabilidad de la adopción nacional, como se observa en la siguiente figura.

Figura 2. Evolución de la adopción nacional e internacional en España 1997-2004



En el año 2004 se llevaron a cabo un total de 6.517 adopciones; de ellas, sólo el 15% fue de tipo nacional, frente al 85% que fue internacional. En la figura que aparece a continuación, podemos observar la distribución de las adopciones nacionales e internacionales en el año 2004.

Figura 3. Adopciones llevadas a cabo en España en el año 2004



Entre las principales causas que justifican el espectacular incremento de las adopciones internacionales se sitúa la drástica disminución del número de niñas y niños de corta edad y sin especiales problemas que en nuestro país se encuentran en disposición de ser adoptados, debido a los recientes cambios socioeconómicos, de mentalidad y de valores acontecidos en el país (el aumento del nivel socioeconómico general, el control de la natalidad, la regulación del aborto, la mejora de los programas de apoyo a las familias, etc.). Junto a este factor, los períodos más prolongados de espera que suelen estar asociados a la adopción nacional, y la sensibilidad social desarrollada respecto a la situación de niños y niñas que se encuentran en condiciones muy desfavorables en sus países de origen, suponen los principales motivos del auge de la adopción internacional en España (Hernández-Muela, Mulas, Téllez de Meneses y Roselló, 2003; Martín, 2004; Palacios et al., 2005). Otros aspectos que también han jugado un papel destacado en el incremento de este tipo de adopciones son la divulgación de una imagen positiva de este tipo de familias por parte de los medios de comunicación, las mejores y más estables relaciones diplomáticas con los países de origen, la mayor facilidad para viajar, los esfuerzos de las instituciones competentes en su apoyo y las ayudas fiscales gubernamentales (Oliván, 2005).

Un fenómeno socialmente tan importante reclama el concurso de la investigación para determinar sus implicaciones y resultados. Son muchas las familias implicadas y muchos los niños y niñas concernidos por la adopción, siendo lógico hacerse preguntas respecto a cómo están y cómo evolucionan. Se trata además de una situación particularmente atractiva para los psicólogos del desarrollo, ya que la adopción permite analizar cuestiones relativas al riesgo y la recuperación, tal como se expone en el apartado siguiente.

2. La adopción como “experimento natural”

Muchos niños y niñas experimentan cambios en su entorno o en su vida familiar a lo largo de la infancia, como les ocurre, por ejemplo, a los que se trasladan de barrio o de colegio, o a los niños y las niñas cuyos padres se separan. Sin embargo, estos cambios suelen transcurrir en un contexto de relativa estabilidad (suelen continuar viviendo con sus familiares tras el cambio de colegio o de barrio, y permanecen conviviendo con, al menos, uno de sus progenitores y con sus hermanos tras la separación). La adopción, sin embargo, supone un corte en la estabilidad de la vida de ese niño o esa niña (Haugaard y Hazan, 2003), ya que conlleva un drástico cambio del contexto en el que hasta ese momento se había estado criando. Además, son muchas los adoptados que han sufrido previamente experiencias de adversidad, como el maltrato o la desnutrición, y que, con la adopción, pasan a vivir a un hogar marcado por el afecto y la atención a sus necesidades, por lo que se acentúa aún más esa discontinuidad entre el momento previo a la adopción y el momento posterior a la misma.

Es por ello, que la adopción es un terreno privilegiado para profundizar en procesos normalmente confundidos, o que en otras circunstancias, por razones éticas, no serían susceptibles de estudio (O'Connor, 2003). De esta forma, la adopción se convierte en un “experimento natural” que nos permite mejorar nuestro entendimiento acerca del desarrollo humano, y especialmente, del desarrollo infantil, adquiriendo un gran valor para la investigación psicológica.

La adopción supone una oportunidad única para examinar de forma separada los efectos de la genética y del ambiente sobre el desarrollo evolutivo. Los padres y las madres que crían a sus hijos biológicos están ligados genéticamente a ellos y son también los que les disponen el ambiente de cuidado. A diferencia de ellos, los niños y las niñas adoptados crecen con sus padres adoptivos, con los que no comparten lazos genéticos. De este modo, la adopción se convierte en una idónea estrategia de investigación para estudios centrados en el análisis de la importancia relativa de las influencias genéticas o de las ambientales sobre las diferencias individuales (Rutter, Silberg, O'Connor y Simonoff, 1999). Para ello se utilizan estrategias de comparación del hijo o hija adoptivo con la madre biológica (cuando se dispone de esa información) y con la madre adoptiva, o de hermanos biológicos entre ellos y con un hermano adoptivo que ha crecido en el mismo hogar, para examinar diferencias y similitudes en las características que interese estudiar. Si los resultados muestran mayores semejanzas en los aspectos estudiados entre el hijo o la hija adoptivo y su madre biológica, y en el caso de los estudios que comparan hermanos, entre los hermanos biológicos que entre alguno de ellos y el hermano adoptivo, se estaría evidenciando la importancia del papel de la genética frente al ambiente en las características estudiadas. Y si los resultados van en una dirección contraria, el papel ambiental cobrará una relevancia superior en dicho análisis (Haugaard y Hazan, 2003).

El estudio con niñas y niños adoptados ofrece también la oportunidad de examinar los efectos del ambiente en dos momentos distintos: antes y después de la adopción. A través de la exploración de la historia vivida por estos niños y estas niñas previamente a la llegada a sus familias adoptivas, es posible estudiar las influencias a

corto y largo plazo de experiencias tempranas, y con ellas, la naturaleza y extensión del riesgo, para el desarrollo evolutivo, de un ambiente desfavorecido. De esta forma, a raíz de este “experimento natural” se posibilita el análisis de aspectos tales como en qué medida las experiencias tempranas adversas afectan al desarrollo físico y psicológico infantil, la persistencia de los efectos negativos en estos niños y niñas, o el grado en que la adversidad temprana opera de forma independiente a las experiencias posteriores al momento de la adopción.

Por otro lado, a través de los estudios sobre adopción, también se hace posible analizar las influencias del ambiente que rodea a estos niños y niñas a partir de la llegada a sus nuevas familias, la evolución del desarrollo físico y psicológico tras el cambio de contexto de crianza, y los factores asociados a dicha evolución. Además, a partir del estudio de los aspectos que influyen en el desarrollo de niñas y niños tras la adopción, se puede mejorar la intervención con las familias adoptivas, optimizándolas para favorecer un funcionamiento familiar positivo y un desarrollo adecuado del niño o niña adoptado.

La discontinuidad en el proceso adoptivo entre el periodo previo a la adopción, con experiencias menos favorables (especialmente en los niños y las niñas que han sufrido una mayor adversidad), y el periodo posterior, con las condiciones más adecuadas y estimulantes que ofrecen los hogares adoptivos, puede enfocarse, por tanto, hacia el análisis de la mediación del ambiente como agente de riesgo (experiencias preadoptivas adversas) o como agente protector (adopción). En este sentido, las hipótesis a analizar, según Rutter (2005), serían tres: la extensión de las mejoras en el desarrollo de la niña o del niño a partir del momento de la adopción; el grado en el cual las diferencias individuales en los resultados evolutivos tras la adopción varían en función de la severidad o duración de experiencias adversas iniciales; y el grado en que dichos resultados varían en función de la calidad del contexto familiar adoptivo.

De esta forma, son cada vez más las investigaciones que, a través del “experimento natural” que representa la adopción, analizan los efectos de la privación temprana sobre el desarrollo físico y psicológico y examinan la flexibilidad y capacidad de recuperación del mismo, así como los factores que pueden estar mediando en estos procesos, como veremos a continuación.

3. Impacto de la privación ambiental temprana sobre el desarrollo físico y psicológico y evolución tras la adopción

Muchos han sido los estudios que han puesto de manifiesto el impacto negativo de experiencias tempranas de privación sobre el desarrollo físico y psicológico humano (Kaler y Freeman, 1994; Morison y Ellwood, 2000; O'Connor, Rutter, Beckett, Keaveney, Kreppner y the English and Romanian Adoptees Study Team, 2000; Skuse, 1984). Profundizar en el conocimiento de los efectos de la privación, proporciona herramientas para poder hacerle frente y llevar a cabo una intervención temprana y eficaz. No obstante, las experiencias adversas no suelen actuar de forma aislada, sino que suelen englobarse en un conjunto de circunstancias desfavorables que interactúan entre sí y multiplican el impacto negativo sobre el afectado, dificultando además la tarea de despejar la maraña en la que se envuelven estas experiencias y complicándose así, el análisis del impacto propio de cada una de ellas.

Como se comentó anteriormente, la adopción supone un antes y un después para el desarrollo evolutivo de los niños y las niñas que pasan por esta experiencia. Supone el inicio de un período de estabilidad en condiciones óptimas para el desarrollo (al menos, eso ha intentado el sistema de protección cuando los padres y madres han pasado por un proceso de valoración en el que se han desestimado a las personas que no cumplieran con las condiciones más favorables para el pequeño, siempre en vistas al interés superior del menor), en niños y niñas que han cambiado radicalmente de cuidadores a los que vincularse y que además de esta difícil transición, han pasado en muchos de los casos por todo tipo de experiencias adversas que han podido afectar al desarrollo en mayor o menor medida.

Oliván (2005) señala tres clases de factores de riesgo para el desarrollo adecuado de niños y niñas procedentes de una adopción internacional. En primer lugar, el autor destaca los factores de riesgo generales de los países de procedencia. Estos países, con frecuencia se caracterizan por la falta de respeto de los derechos del menor, la pobreza económica, la precariedad higiénico-sanitaria, la deficiente infraestructura para la asistencia sanitaria, los problemas de salud ambiental (como la contaminación atmosférica o el uso de pesticidas), los problemas de salud prevalentes en la sociedad (como el alcoholismo o la drogadicción) o la existencia de enfermedades infecciosas endémicas (como la hepatitis B). En segundo lugar, el autor señala los factores de riesgo previos a la institucionalización, entre los que destaca la inexistencia de cuidados prenatales, el maltrato prenatal, la frecuencia de nacimientos prematuros con bajo peso al nacer o sin atención médica, la privación o negligencia cronicada en todas las áreas, el abuso físico, sexual o emocional, la explotación laboral, la corrupción, la ausencia de hogar y la carencia de cuidado médico. Por último, Oliván señala los factores de riesgo que aparecen durante la institucionalización, como son los relacionados con el hecho de vivir en un entorno inapropiado y de recibir cuidados insuficientes.

El estado físico y psicológico de los niños y niñas de adopción internacional a la llegada a sus nuevas familias, refleja en gran medida las experiencias vividas hasta entonces. Diversos estudios ponen de manifiesto retrasos en el crecimiento, problemas de salud y déficit cognitivos, sociales, comportamentales o emocionales, en muchos niños y niñas adoptados procedentes de otros países (Johnson et al., 1992; O'Connor et al., 2000; Palacios, Sánchez-Sandoval, León y Román, 2003; Rutter y the

English and Romanian Adoptees Study Team, 1998). Sin olvidar las influencias genéticas, muchos de estos problemas derivan del impacto de las condiciones desfavorables que han rodeado sus vidas hasta ese momento. Sin embargo, se da una considerable heterogeneidad en las respuestas a la adversidad (Rutter, Kreppner y O'Connor, 2001); hay niños y niñas que han pasado por experiencias más negativas o más prolongadas y cuyo desarrollo no se ve tan desfavorecido como el de otros que han pasado por experiencias que en principio consideraríamos menos dañinas. De hecho, no todos los niños y las niñas presentan problemas a la llegada a las nuevas familias; algunos llegan con un buen ajuste en todas las áreas de desarrollo. No obstante, no son pocos los que llegan afectados por la adversidad vivida hasta ese momento.

Si bien las experiencias tempranas de privación suelen tener una repercusión negativa en el desarrollo de los niños y niñas, ¿hasta qué punto el cambio de ambiente puede contrarrestar el daño previo?, ¿hasta qué punto el desarrollo es flexible y es la recuperación posible?. La adopción, como "experimento natural", permite adentrarnos en este análisis, a través del estudio de la evolución física y psicológica de estos niños y niñas, examinando además qué variables pueden estar mediando en mayor medida en la recuperación de los problemas con los que muchos de ellos llegan a sus familias adoptivas.

En este apartado, vamos a analizar, en primer lugar, la investigación relacionada con el impacto de la privación ambiental sobre el crecimiento de niños y niñas de adopción internacional, analizado a través del estado del desarrollo físico con el que llegan al nuevo país. A continuación, analizaremos los estudios referidos a la evolución del desarrollo físico tras el radical cambio de ambiente que conlleva la llegada a la familia adoptiva. Posteriormente, nos centraremos en la relación entre el desarrollo físico y el desarrollo psicológico de estos niños y niñas en el momento de la llegada y la evolución paralela o no de ambos tipos de desarrollo tras la adopción.

3.1. Desarrollo físico de niños y niñas de adopción internacional

Desde el punto de vista sanitario, los niños y niñas de adopción internacional son considerados un grupo de alto riesgo, ya que la incidencia de problemas de salud en ellos es significativamente mayor que en niños y niñas que viven con sus familias biológicas; por tanto, se trata de un grupo que requiere una atención médica especializada (Hostetter, Iverson, Dole y Johnson, 1989; Miller, 1999a; Oliván, 2005). Dentro de los problemas de salud, la patología referente a los trastornos en el crecimiento es una de las observadas con más frecuencia en este grupo (Brodzinsky, Smith y Brodzinsky, 1998; Hernández-Muela et al., 2003; Johnson, 2000a; Miller, 1999b; Oliván, 2005).

No han sido muchos los investigadores que han orientado sus trabajos hacia la salud y el desarrollo físico de niños y niñas adoptados procedentes de otros países. En la mayoría de los casos, estos estudios parten de un enfoque puramente médico, desde el que analizan el estado físico de estos niños y niñas en el momento de la llegada a la familia adoptiva. Sin embargo, muy pocos examinan las consecuencias y la evolución posterior. Los retrasos en el crecimiento físico deberían ser objeto de una mayor atención, ya que no sólo reflejan el impacto de la privación nutricional, sino

que también son un reflejo de la privación psicológica y social (Groze e Ileana, 1996; Johnson, 2000b).

A continuación, se revisarán estudios que han abarcado la temática del desarrollo físico en niños y niñas de adopción internacional, analizando, en un primer momento, los trabajos que examinan el estado físico con el que llegan a sus familias adoptivas, así como los factores que han podido contribuir a dicho estado y en una segunda parte, se revisarán los trabajos que han estudiado la evolución del desarrollo físico de estos niños y niñas tras haber pasado un tiempo en sus familias adoptivas, así como los factores asociados a dicha evolución. Pero antes de esta revisión, haremos una breve puntualización acerca de la antropometría como método de medición del estado físico.

3.1.1. La antropometría como medida de evaluación del crecimiento

El crecimiento es un proceso mediado por factores tanto del niño o de la niña como de su ambiente. Una carga genética normal, un equilibrio hormonal, una adecuada nutrición y ambiente afectivo son factores indispensables para lograr el crecimiento adecuado del niño o de la niña.

La antropometría es el estudio de las proporciones, el tamaño y la composición corporal. Las medidas e indicadores antropométricos se caracterizan por su accesibilidad, inocuidad y sencillez de aplicación y se han convertido en las herramientas más comúnmente utilizadas para evaluar el crecimiento, además de que pueden obtenerse con buena precisión y constituyen el instrumento empleado en los estudios de adopción internacional en los que se ha examinado el desarrollo físico (Casanova, Rodríguez, Rico y Casanova, 2004; Church y Katigbak, 1991; De Onis, 2000; Lama, 2001; Martínez y Pedrón, 2002). La Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de un comité de expertos en el área de la salud, es la entidad que brinda las normas y recomendaciones para el empleo y la interpretación apropiadas de la antropometría (De Onis y Blössner, 2003; Organización Mundial de la Salud, 1995). La talla, el peso y el perímetro cefálico son las *medidas* antropométricas más comúnmente empleadas para la evaluación del desarrollo físico. Sin embargo, estas medidas por sí solas no tienen significado y es necesario que se relacionen a partir de un patrón de referencia con la edad, convirtiéndose en *indicadores* antropométricos.

La *talla para la edad* es un indicador antropométrico que refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica e indica las deficiencias acumulativas de la salud, nutricionales o psicosociales a largo plazo, es decir, que su déficit es consecuencia de un proceso continuado durante largo tiempo. El *peso para la edad* refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica, y muestra una estimación del estatus nutricional actual (Church y Katigbak, 1991; Johnson, 1992; Organización Mundial de la Salud, 1995). El *perímetro cefálico para la edad* está relacionado con el estatus nutricional y el desarrollo del cerebro (relación ésta última en la que nos detendremos en un apartado posterior), y la magnitud de su afectación refleja la severidad de la privación nutricional y ambiental (Ivanovic et al., 2000, 2004).

Además, con estos indicadores se pueden calcular índices derivados, como es el caso del *índice de masa corporal* (I.M.C.) o índice de Quetelet. Este índice antropométrico permite evaluar la masa corporal y sirve para el diagnóstico del estado nutricional. Se halla a partir de la razón entre el peso (expresado en kilogramos) y el cuadrado de la talla (expresada en metros). El I.M.C. es particularmente útil para clasificar la sobrenutrición (Martínez y Pedrón, 2002; Ortiz, 2002). A pesar de que para el empleo de I.M.C. en adultos no es necesario el uso de tablas de referencia, para su uso con niños y niñas deben emplearse tablas de referencia de acuerdo a la edad, obteniéndose así el *índice de masa corporal para la edad*.

Es muy importante valorar los cambios en las medidas antropométricas a lo largo del tiempo y observar la evolución del desarrollo físico comparando a los niños y niñas consigo mismos en distintos momentos. Estas mediciones van a permitir construir un perfil del desarrollo físico del niño o niña y calcular su velocidad de crecimiento. La *velocidad de crecimiento de la talla* es una medida muy utilizada que exige medir la talla en más de una ocasión durante un periodo de tiempo y dividir el incremento de estatura por el tiempo transcurrido (Del Valle, 2002). El I.M.C. parece estar asociado de forma positiva a la velocidad de crecimiento, de forma que los niños y niñas con un I.M.C. bajo presentan una velocidad de crecimiento disminuida (Awadalla y Franco, 2002).

Para la comparación de las medidas antropométricas de niños y niñas de adopción internacional con poblaciones de referencia, resulta muy complicado y a veces imposible, conseguir las *referencias del país de origen*, y en muchos casos, estas referencias no se encuentran actualizadas. Los patrones del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias de los Estados Unidos de América (NCHS), en uso desde finales de los 70, han sido utilizados como *referencias internacionales* recomendadas por la OMS. Sin embargo, en 1990 comenzaron a encontrarse importantes limitaciones en dichos patrones de referencia, lo que impulsó el desarrollo de unos nuevos, con datos procedentes de seis países distintos, aunque todavía no se encuentran disponibles (De Onis y Blössner, 2003). Los defensores del ambiente como factor más influyente en el crecimiento, apoyados en la teoría de que el niño o niña adoptado tendrá en su nueva familia una alimentación completa, un control adecuado de las enfermedades y un buen equilibrio afectivo, defienden el uso de las *referencias del país adoptante* (De Aranzabal, 2003). Además, algunos estudios demuestran que no existen diferencias significativas entre grupos étnicos, sino que las diferencias son básicamente ambientales. Expertos como Mercedes De Onis (la coordinadora responsable del Estudio Multicéntrico de la Organización Mundial de la Salud sobre el Patrón de crecimiento, con el que se están elaborando las nuevas referencias), señalan que los niños y niñas que crecen en un ambiente óptimo en cuanto a salud mental y física y a nutrición, tienen un crecimiento similar a niños y niñas de ese mismo ambiente, con independencia de sus antecedentes geográficos y/o genéticos (citado en De Aranzabal, 2003), y los resultados de algunos estudios ponen de manifiesto como los niños y niñas de adopción internacional pronto superan los patrones del país de origen, acercándose más a los del país adoptante (Lien, Meyer y Winick, 1977; Winick, Meyer y Harris, 1975).

En la mayoría de las investigaciones con niños y niñas de adopción internacional se utilizan las referencias para peso y talla del NCHS (Judge, 2003). No obstante, para el perímetro craneal aún no existen referencias internacionales, por lo que generalmente se opta por el uso de referencias diferentes para las distintas medidas: las internacionales para talla y peso, y las del país adoptante para perímetro

cefálico, con las consecuentes limitaciones que supone el uso de distintas referencias en un mismo estudio (Albers et al., 1997; Johnson et al., 1992; Miller y Hendrie, 2000; Palacios et al., 2005, en prensa). En otras investigaciones se utilizan las referencias del país adoptante (O'Connor et al., 2000; Rutter et al., 1998), y en pocos estudios (que examinan generalmente a un grupo de niños y niñas procedentes de un solo país) se opta por las del país de origen y del país adoptante (Lien et al., 1977; Winick et al., 1975).

Son tres los sistemas de clasificación más empleados para expresar los indicadores antropométricos en relación a la población de referencia. Uno de ellos son las *puntuaciones z* o desviaciones estándar. Este sistema expresa el valor antropométrico como un número de desviaciones estándares o *puntuaciones z* por encima o por debajo de la media de referencia. Estas puntuaciones pueden ser usadas como medida de dispersión en todos los estudios que tengan variables numéricas continuas. Entre -2 y +2 se encuentra el 95% de la población, y entre -3 y +3 el 99,7%. Otro de los sistemas comúnmente utilizados es el de *percentiles*. El percentil se refiere a la posición de un individuo en una determinada distribución de referencia. Este sistema no resulta tan apropiado como el anterior para ciertos cálculos estadísticos; entre otras cosas porque los valores de los percentiles cercanos a los extremos de la distribución de referencia no son registrados con precisión, incluso cuando en realidad existe una modificación considerable del indicador antropométrico. Por último, las mediciones antropométricas también se pueden expresar como un *porcentaje de la mediana* de la referencia utilizada, sistema pocas veces utilizado (Organización Mundial de la Salud, 1995).

De los tres sistemas comúnmente utilizados para expresar la antropometría, el comité de expertos de la OMS recomienda el uso de las *puntuaciones z*, fundamentalmente por las siguientes razones: tienen concordancia con la distribución de referencia, cuentan con una escala lineal que favorece los análisis estadísticos, presentan criterios uniformes en todos los índices y es útil para detectar cambios en los extremos de las distribuciones (Organización Mundial de la Salud, 1995). Por ello, la clasificación en *puntuaciones z* es reconocida como el más apropiado descriptor del crecimiento para aplicaciones individuales y poblacionales, y cada vez con más frecuencia, los centros de salud y nutrición utilizan este sistema. La OMS recomienda usar como punto de corte dos desviaciones estándar, de forma que la antropometría anormal se definiría como valores por debajo de -2 o por encima de +2 desviaciones estándar o *puntuaciones z* (Organización Mundial de la Salud, 1995).

En resumen, la talla, el peso y el perímetro cefálico para la edad (aunque generalmente se hace referencia a ellos simplemente como talla, peso y perímetro cefálico) son los indicadores antropométricos más utilizados para la evaluación del crecimiento; el I.M.C. también puede contribuir favorablemente a este estudio. Además, es fundamental valorar los cambios en la evaluación antropométrica a lo largo del tiempo. Respecto a los patrones de referencia, algunos países carecen de ellos, las referencias internacionales vigentes presentan limitaciones y algunos expertos defienden el uso de referencias del país adoptante. Y por último, el de las *puntuaciones z* es el sistema de clasificación recomendado por la OMS para la expresión de los resultados antropométricos, siendo dos desviaciones estándar el punto de corte aconsejado.

3.1.2. Desarrollo físico de los niños y las niñas adoptados en el momento de la llegada a sus nuevas familias.

En el momento en que niños y niñas de adopción internacional son examinados por los pediatras a la llegada a sus nuevas familias, muchos de ellos (más del 30% según Oliván, 2005) presentan retrasos en el crecimiento. Estos déficit están muy relacionados con la deprivación nutricional y psicosocial vivida antes del momento de la adopción. El perímetro cefálico es juzgado por algunos autores (Ivanovic et al., 2000, 2004) como el mejor indicador antropométrico del pasado nutricional, y la magnitud de su afectación como medida de la severidad de la deprivación ambiental. Según Altemeier (2000), el retraso del crecimiento sigue una secuencia determinada. El peso es la variable más sensible a la adversidad y la primera que se ve afectada por las condiciones desfavorables. Posteriormente, ante la persistencia del problema, la talla también se verá afectada. Y sólo cuando la adversidad es muy prolongada, el perímetro cefálico comienza a manifestar cierto deterioro. Por ello, el autor afirma que es posible juzgar la duración y severidad del problema comparando el estado del peso, talla y perímetro cefálico.

Las investigaciones que examinan el desarrollo físico de niños y niñas de adopción internacional en el momento de la llegada, generalmente examinan el estado de la talla, peso y perímetro cefálico, y presentan, por un lado, las puntuaciones medias de los indicadores antropométricos evaluados y por otro, el porcentaje de los niños y niñas que llegan con un retraso severo en el desarrollo físico.

En el Reino Unido, Michael Rutter y su equipo (1998) han llevado a cabo un estudio longitudinal en el que examinan, en una primera fase de la investigación, a 111 niños y niñas procedentes de Rumanía, adoptados antes de los 2 años de edad, después de que la mayoría hubiese vivido durante meses en instituciones rumanas. Los resultados los comparan con los de un grupo de 52 niños y niñas británicos tempranamente adoptados (antes de los 6 meses), que presumiblemente no habían experimentado deprivación importante antes de ser adoptados. En esta investigación, junto a otros objetivos, examinan el desarrollo físico de estos niños y niñas. La mayoría de los adoptados procedentes de Rumanía presentaba retrasos en el desarrollo físico a la llegada al Reino Unido, con una puntuación media en peso y en perímetro cefálico por debajo de las dos desviaciones estándar respecto a la media (puntuación z de -2.37 y -2.14 desviaciones estándar en peso y perímetro cefálico, respectivamente), y con una talla también muy baja (puntuación z de -1.95 desviaciones estándar). Además, el 34% de los niños y niñas presentaba un grave retraso de la talla, con una puntuación por debajo del percentil 3, lo mismo que le ocurría al 51% con el peso, y al 38% con el perímetro cefálico.

La mayoría de los estudios que examinan el desarrollo físico de niños y niñas adoptados, han sido llevados a cabo por equipos de investigación norteamericanos. A principios de los 90, el equipo encabezado por Dana Johnson (Johnson et al., 1992) examinó el desarrollo físico de 65 niños y niñas adoptados que llegaron a Estados Unidos procedentes de Rumanía y cuyas edades en el momento de la adopción oscilaban entre las 6 semanas y los 73 meses. La mayoría de ellos habían estado institucionalizados antes de la adopción. Los resultados de la evaluación antropométrica a la llegada a los Estados Unidos evidenciaron una alta incidencia de retrasos en el crecimiento, con un total del 34% de estos niños y niñas afectado por este problema.

Posteriormente, este mismo equipo (Albers, Johnson, Hostetter, Iverson y Miller, 1997) evaluó a 56 niños y niñas adoptados en Estados Unidos, procedentes de países de Europa del Este y la Antigua Unión Soviética (Federación Rusa, Moldavia, Ucrania, Albania, Kazakhsan, Letonia, Polonia y Bulgaria). La media de edad de estos niños y niñas en el momento de la adopción era de 26 meses. Al examinarlos a la llegada a Estados Unidos, los resultados mostraban un significativo retraso del crecimiento en la mayoría de ellos. Todos los indicadores antropométricos se encontraban a más de una desviación estándar por debajo de la media; la *puntuación z* de la talla era de -1.41, la del peso era de -1.05 y la del perímetro cefálico era de -1.25 desviaciones estándar. El 68% de los niños y niñas de la muestra presentaba retraso en talla, con una puntuación entre la media y una desviación estándar por debajo de la media; lo mismo que le ocurría al 44% en peso y al 43% en perímetro cefálico.

Miller y Hendrie (2000) examinaron el estatus de desarrollo físico de 192 niños y niñas (en su gran mayoría eran niñas) de origen chino que habían sido adoptados en Estados Unidos. La edad media en el momento de la adopción era de 14,2 meses. La evaluación tras el momento de llegada refleja importantes retrasos del crecimiento. La *puntuación z* en talla era de -1.51 desviaciones estándar; en peso estaba en -1.17, y en perímetro cefálico se encontraba en -1.43. Respecto a los retrasos severos, el 39% de estos niños y niñas se encontraba dos desviaciones estándar o más por debajo de la media en talla, al igual que el 18% en peso y el 24% en perímetro cefálico.

En un reciente estudio encabezado nuevamente por Miller (Miller, Chan, Comfort y Tirella, 2005), se examina el estatus de desarrollo físico de 103 niños y niñas adoptados en Estados Unidos procedentes de Guatemala. La edad media en el momento de la adopción de estos niños y niñas era de 16 meses (con edades comprendidas entre los 3 y 110 meses). El 54% había permanecido en acogimiento familiar antes de ser adoptado, el 24% había estado institucionalizado y el 21% había estado en una combinación de cuidados previos a la adopción, pasando un tiempo por al menos dos de las siguientes situaciones: con la madre biológica, en acogimiento familiar y/o en instituciones. El examen físico puso de manifiesto retrasos en el crecimiento en estos niños y niñas. En el momento de la llegada, la puntuación media en talla era de -1.04 desviaciones estándar, en peso se situaba en -1 desviación estándar y en perímetro cefálico se encontraba en -1.08 desviaciones estándar. El 16% de los niños y niñas presentaba un retraso severo en talla, ya que se situaba por debajo de menos dos desviaciones estándar en este indicador antropométrico, lo mismo que le ocurría al 20% en peso y al 17% en perímetro cefálico.

Sharon Judge (2003) lleva a cabo un estudio en el que describe el desarrollo de niños y niñas adoptados procedentes de Europa del Este. La muestra se compone de 124 menores adoptados en Estados Unidos. La edad media a la llegada fue de 20,25 meses (con un rango de edad comprendido desde los 4 a los 57 meses) y todos habían estado institucionalizados previamente. Los resultados revelan un importante retraso en el desarrollo físico a la llegada. La puntuación media en talla era de -1.8 desviaciones estándar y en peso era de -1.5. El 53% de estos niños y niñas presentaba un importante retraso en la talla, ya que se encontraba por debajo del percentil 5; el 40% presentaba un retraso importante en el peso, al mostrar en este indicador puntuaciones por debajo de dicho percentil. En otro estudio llevado a cabo por la misma autora (Judge, 2004), examina una muestra de 159 niños y niñas procedentes de la Antigua Unión Soviética, adoptados también en Estados Unidos,

que tenían una media de edad en el momento de la llegada de 35,5 meses. En este trabajo se recoge la valoración de los padres acerca del desarrollo físico inicial de los niños y niñas, según la cual, el 20,4% de los menores se encontraba en el momento de la adopción por debajo del percentil 10 en talla o peso.

En un estudio en el que 475 familias norteamericanas que habían adoptado un niño o una niña rumano respondieron a un cuestionario, en el momento de la llegada a la familia adoptiva (con una media de 1,7 años), el 60% de los niños presentaba un peso por debajo del normal para su edad, y el 49% una talla por debajo de la normal para su edad (Groze e Ileana, 1996).

En Israel, un equipo de investigación llevó a cabo un estudio con el propósito de evaluar el estatus médico y de desarrollo de niños y niñas que iban a ser adoptados poco tiempo después (Diamond et al. 2003). La muestra estaba compuesta por 82 niños y niñas evaluados por pediatras israelíes entre 3 semanas y 6 meses antes de ser adoptados. Estos niños se encontraban en países de Europa del Este (Rumanía, Moldavia o Ucrania), la edad media era de 11 meses, y en su mayoría se encontraban institucionalizados. El estatus de desarrollo físico de estos niños y niñas fue clasificado como de retraso del crecimiento, ya que presentaban puntuaciones bajas en todos los indicadores antropométricos evaluados. En talla, la puntuación media se situaba en el percentil 28; en peso, la media estaba en el percentil 30; y en perímetro cefálico, en el percentil 29.

En España, un equipo de la Universidad de Sevilla, encabezado por Jesús Palacios (Palacios et al., 2003, 2005, en prensa), ha llevado a cabo dos amplias investigaciones sobre adopción internacional, en las que se examina el desarrollo físico de los menores, entre otros muchos objetivos. La procedencia de los niños y niñas adoptados comprendía seis países distintos: China, Colombia, Federación Rusa, Guatemala, India y Rumanía. En ambos trabajos, los resultados mostraron un retraso en los parámetros físicos a la llegada a España de estos niños y niñas. En uno de los estudios llevados a cabo por el equipo (Palacios et al., 2005), con una muestra de 181 niños y niñas, que fueron adoptados con una edad media de 38,5 meses, se refleja como en torno al 40% de ellos presentaba valores muy bajos (inferiores al percentil 3) en talla, peso y perímetro cefálico, y que otro 30%, mostraba valores bajos (inferiores al percentil 25). En otro estudio del equipo (Palacios et al., en prensa), con una muestra de 108 niños y niñas, adoptados con una media de edad de 29,16 meses, se encontró que el 47% de los menores presentaba retraso en talla y en peso en el momento de su llegada a España.

Finalmente, en estudios centrados en otros objetivos, se hace alguna referencia acerca del estatus de desarrollo físico de los niños y niñas a la llegada. Por ejemplo, en un estudio con una amplia muestra de niños y niñas adoptados en Holanda procedentes de distintos países (fundamentalmente de Corea, Colombia, e India), se recoge, de acuerdo a las declaraciones de los padres, que el 43% de los niños y niñas presentaba unas pobres condiciones físicas a la llegada a la familia adoptiva (Verhulst, 2000).

La mayoría de estas investigaciones se centran en niños y niñas que proceden de una sola zona de origen, especialmente de países de Europa del Este, y dentro de estos, principalmente de Rumanía (donde generalmente las condiciones de vida de estos niños antes de ser adoptados eran especialmente adversas), con la excepción de las investigaciones españolas, que examinan a niños y niñas con una distribución

de procedencia mucho más amplia, y del estudio holandés, con niños procedentes de varios países, pero en el que sólo se hace una breve referencia al desarrollo físico inicial.

Los resultados de todos los estudios revisados son bastante coherentes a la hora de poner de relieve una alta incidencia de importantes retrasos en el crecimiento de los niños y niñas de adopción internacional en el momento de la de la llegada a las familias adoptivas. En los distintos trabajos que utilizan el sistema de *puntuaciones z* como expresión de los indicadores antropométricos, las puntuaciones medias de todos los parámetros (talla, peso y perímetro cefálico) se encuentran, como mínimo, a una desviación estándar por debajo de la media, llegando en algunos estudios a alcanzar valores medios inferiores a las 2 desviaciones estándar por debajo de la media. No parecen encontrarse diferencias entre las puntuaciones de unos parámetros y otros, sino que el retraso físico parece generalizado, afectando por igual a la talla, peso o perímetro cefálico. Aunque la mayoría de los estudios utilizan distintos puntos de corte para considerar como gravemente retrasado en su desarrollo físico a un niño o una niña (en los estudios más restrictivos, consideran como grave retraso a los que se encuentran a más de dos desviaciones estándar por debajo de la media, y en los estudios menos restrictivos, a los que muestran una puntuación igual o inferior a una desviación estándar por debajo de la media), en todos los trabajos se encuentran amplios grupos de niños y niñas con retrasos severos en los distintos indicadores de crecimiento. El porcentaje de niños y niñas afectados por retrasos severos iniciales oscila desde el 16% afectado por este tipo de retrasos en alguno de los parámetros antropométricos en la investigación de Miller et al. (2005), hasta el 68% en el trabajo de Albers et al. (1997).

Estos estudios están poniendo de manifiesto que los niños y niñas de adopción internacional son un grupo con una alta incidencia de importantes retrasos en el crecimiento en el momento de la incorporación a las nuevas familias, reflejando el impacto de experiencias de privación temprana sobre el desarrollo físico.

3.1.3. Factores asociados al desarrollo físico a la llegada

La presencia de retrasos en el crecimiento a la llegada a las familias en muchos de los niños y niñas de adopción internacional, parece poner claramente de manifiesto que la historia de adversidad preadoptiva está influyendo en la situación del desarrollo físico en el momento de la adopción. Sin embargo, la privación o la adversidad son conceptos demasiado generales, que no especifican la influencia concreta de unos factores u otros. Aún siendo conscientes de que la historia de privación de muchos de estos niños y niñas generalmente se caracteriza por englobar un conjunto de factores entrelazados, que actúan de forma sumatoria, a continuación se revisará lo que las investigaciones han mostrado acerca del impacto positivo o negativo de distintos factores preadoptivos sobre el desarrollo físico inicial.

Las condiciones en las que viven los niños y las niñas antes de ser adoptados son distintas en función del *país de procedencia*. Muchos de ellos proceden de los países de *Europa del este*, debido al elevado número de niños y de niñas que esperan ser adoptados, a causa de las desfavorables condiciones políticas, socioeconómicas y sanitarias de los países de esta zona. El seguimiento de las vacunaciones y la

infraestructura sanitaria es deficiente en estos países (Hernández-Muela et al., 2003). Además, los niños y niñas procedentes de esta zona suelen pasar más tiempo institucionalizados. De entre los países de Europa del este, hay uno especialmente, *Rumanía*, en el que se ha puesto el mayor foco de atención, ya que los niños y niñas procedentes de este país parecen mostrar más problemas en el ajuste post-adoptivo. De hecho, los adoptados de origen rumano, son considerados como un grupo de alto riesgo dentro de los niños y las niñas de adopción internacional (Johnson, 2000b; Rutter et al., 1998). Si la institucionalización parece tener un efecto negativo en sí misma, las malas condiciones de las instituciones rumanas agravan aún más la situación. En las instituciones rumanas los niños y las niñas allí residentes reciben mínimos y rutinarios cuidados, y sufren desnutrición, así como una severa privación afectiva. Las insuficientes condiciones higiénicas, la pobre infraestructura y el personal no cualificado han caracterizado a estas instituciones. Además, suelen atenerse a un modelo de regimiento, disciplina y segregación por edad y no es infrecuente que los niños y las niñas estén alojados en instituciones psiquiátricas para adultos. Como consecuencia de todo ello, muchos de los niños adoptados de origen rumano, llegan a sus nuevos hogares con problemas médicos, de desarrollo, de conducta, de apego y sociales (Groze e Ileana, 1996; Johnson, 2000b; Rutter, 2005).

Debido a la situación especial de los adoptados de origen rumano, la mayoría de las investigaciones sobre adopción internacional, y específicamente, las que examinan el desarrollo físico, se han centrado en niños y niñas procedentes de este país (Johnson et al., 1992, 2000; Groze e Ileana, 1996; O'Connor et al., 2000; Rutter et al., 1998, 2004;) o de la zona de Europa del Este (Albers et al., 1997; Diamond et al., 2003; Judge, 2003, 2004).

China ocupa el primer lugar entre los países de origen en cuanto al número de adopciones internacionales llevadas a cabo en España. Debido a la política de control de natalidad que ha tenido lugar en China con el fin de controlar el crecimiento demográfico del país, son muchas las niñas que se encuentran institucionalizadas (casi en su totalidad son niñas las que, por razones culturales, se encuentran en los centros). La transparencia de los trámites y la agilidad de los mismos, hace que las niñas (y los pocos niños) procedentes de China sean, generalmente, adoptados a menor edad y tras permanencias menos prolongadas en las instituciones (Hernández-Muela et al., 2003). Estas características hacen que la incidencia de problemas de desarrollo físico generalmente sea menor que en niños y niñas procedentes de otros países, aunque no por ello inexistente (Miller y Hendrie, 2000).

Latinoamérica es otra zona de la que proceden muchos de los niños y niñas adoptados en España. Sin embargo, la investigación sobre los menores procedentes de estos países es escasa. La situación socioeconómica de estos países viene marcada por situaciones de pobreza, desintegración familiar, abandono en las calles de miles de niños y niñas, explotación laboral de los menores y delincuencia infantojuvenil (Hernández-Muela et al., 2003; Miller et al., 2005).

Parece que el retraso del desarrollo físico de niños y de niñas de adopción internacional es un fenómeno bastante generalizado, independientemente del país de origen. Sin embargo, son pocos los estudios que comparan la situación de los niños y niñas procedentes de distintos países de origen. En los estudios realizados en España (Palacios et al., 2005, en prensa), se compara el desarrollo físico de niños y niñas procedentes de China, Colombia, Federación Rusa, Guatemala, India y Rumanía. En uno de estos estudios, China y la Federación Rusa son los países que presentan

proporciones mayores de niños y niñas con retraso en el desarrollo físico, y Guatemala y Rumanía, los países con porcentajes menores, aunque las diferencias no son significativas (Palacios et al., en prensa). En otro de los estudios del equipo (Palacios et al., 2005), China es el país con la mayor proporción de niños y niñas con retrasos en el crecimiento, mientras que son Colombia o Guatemala los países con proporciones menores. Miller et al. (2000, 2005), comparan los resultados procedentes del estudio que llevan a cabo con niños y niñas de origen chino con los del estudio de los procedentes de Guatemala. En consonancia con los estudios españoles, concluyen que los que proceden de Guatemala presentan en el momento de la llegada a la familia adoptiva menos retrasos en el crecimiento (puntuación z inferior a -2 desviaciones estándar) que los procedentes de China, tanto en la talla (desde Guatemala el 16% llega con retraso frente al 39% de los que llegan desde China) como en perímetro cefálico (17% con retraso en Guatemala frente al 24% de los que proceden de China).

La experiencia del *maltrato infantil* es un problema de gran complejidad y heterogeneidad (Jiménez, 1997; Palacios, Moreno y Jiménez, 1995) por el que han pasado muchos de los niños y de las niñas de adopción internacional. Probablemente debido a las dificultades para conocer los detalles de la historia previa a la adopción de los menores procedentes de otros países, apenas se han analizado específicamente las repercusiones de este tipo de experiencia en el desarrollo físico de niños y de niñas adoptados, exceptuando la negligencia relacionada con la institucionalización. No obstante, en el estudio de Palacios et al. (en prensa), se muestra una relación significativa entre los problemas durante la gestación, que en gran parte habían sido causados por el consumo de drogas durante el embarazo (maltrato prenatal), y el retraso general del desarrollo físico inicial.

El impacto de *la institucionalización* en el desarrollo ha sido el factor de riesgo más estudiado en las investigaciones con niños y niñas de adopción internacional. Las carencias relacionadas con la institucionalización tienen que ver, por un lado, con el hecho de vivir en un entorno inapropiado, caracterizado por los ambientes y espacios inadecuados, con malas condiciones higiénicas, con unas ratios de cuidador/niño muy bajas, y con un cambio frecuente de cuidador; y por otro lado, con el hecho de recibir cuidados inadecuados caracterizados por la deprivación nutricional y afectiva, por negligencias y abusos, por una inadecuada atención médica, por la mínima variación o adaptación a las diferencias o necesidades individuales y por la falta de oportunidades para adquirir o practicar nuevas habilidades (Morison, Ames y Chisholm, 1995; Oliván, 2005). La estimulación física (con materiales y juguetes), la estimulación social y la nutrición tienen un papel fundamental en el desarrollo, por lo que no resulta sorprendente que la institucionalización afecte de forma negativa al desarrollo de los niños y niñas que pasan por esta experiencia (Morison et al., 1995).

La investigación ha mostrado que hay una serie de problemas frecuentemente asociados a la institucionalización, como son los retrasos en el desarrollo físico, emocional, motor, social y verbal, el riesgo de desórdenes de apego, los comportamientos agresivos y antisociales, los problemas de aprendizaje y la predisposición a presentar patrones de hiperactividad e inatención (Johnson, 2000b; Roy, Rutter y Pickles, 2000). Como señala Palacios (2003), la institucionalización es una medida de protección que está, en sí misma, cargada de riesgos. A pesar de que la experiencia de la institucionalización afecta de forma diferente a cada niño, debido a la heterogeneidad de las instituciones, la historia individual de cada uno, la duración de la institucionalización y la experiencia que allí se haya tenido, la institución,

independientemente de la calidad de la misma, no parece mostrar resultados positivos para el menor (Miller, 2000; Palacios, Sánchez y Sánchez, 1996).

La privación y la falta de estimulación institucional han sido largamente asociadas de forma negativa con el desarrollo infantil. Y la evidencia de retrasos en el crecimiento físico en niños previamente institucionalizados es bastante consistente (MacLean, 2003). Concretamente, los retrasos del crecimiento asociados a la institucionalización se asocian a la cantidad y calidad mínima de la dieta, a las técnicas de alimentación inadecuadas, a la insuficiencia de cuidadores que aseguren la alimentación de los niños que todavía no pueden comer solos, al consumo excesivo de medicamentos, a las exposiciones tóxicas, al pobre apetito asociado a la depresión, y a la falta de estimulación táctil y social (Frank, Klass, Earls y Eisenberg, 1996; Groze e Ileana, 1996; Miller, 2000).

En uno de los estudios españoles (Palacios et al., 2005), se encontró una relación significativa entre el hecho de haber estado institucionalizado o no y el desarrollo físico a la llegada, de forma que un número importante de los niños y niñas con graves problemas en el desarrollo físico inicial había estado previamente en instituciones, mientras que muchos de los que no presentaban este tipo de problemas no habían estado institucionalizados antes de ser adoptados. Sin embargo, en el otro estudio llevado a cabo por el equipo, no se encontró dicha relación, aunque sí se halló una asociación entre el retraso estatura-ponderal a la llegada y la cobertura de las necesidades físicas, socioemocionales y de estimulación por parte de los centros (información ésta aportada por los padres), de forma que cuanto mejores fueran las condiciones de los centros, menos probable era que el desarrollo físico estuviera negativamente afectado (Palacios et al., en prensa). En el estudio con familias norteamericanas que habían adoptado a un niño o una niña rumano y que respondieron a un cuestionario (Groze e Ileana, 1996), los resultados mostraron que era más probable encontrar retrasos en el desarrollo físico en los niños y niñas que previamente habían estado institucionalizados. En este estudio se encontró que entre los que presentaban un peso por debajo del normal en el momento de la llegada a la familia adoptiva, el 72% había estado previamente institucionalizado, mientras que entre los que presentaban una talla por debajo de la normal en el momento de la adopción, era el 80% el que previamente había estado institucionalizado.

La mayoría de los estudios que han analizado el impacto de la institucionalización en el desarrollo físico de niños y niñas a la llegada al país adoptivo, se han centrado en el efecto de la *duración* de la institucionalización, pero no así en la calidad de los centros (exceptuando uno de los estudios españoles) o el inicio de la estancia. En el estudio de Johnson et al. (1992) comentado anteriormente y hecho sobre niños y niñas procedentes de Rumanía, los resultados muestran que la severidad de los retrasos del crecimiento correlaciona con la duración de la institucionalización. Los datos revelaron que a medida que aumentaba la duración de la institucionalización, decrecía significativamente la talla, el peso y el perímetro cefálico, en aquellos niños y niñas que tenían una edad inferior a 15 meses en el momento de la adopción (y que habían estado institucionalizados durante menos tiempo). Sin embargo, entre los niños y niñas que fueron adoptados con una edad igual o superior a 15 meses (y que estuvieron institucionalizados durante más tiempo), el peso y el perímetro cefálico permanecen estables ante el incremento del periodo de institucionalización, mientras que respecto a la talla, persiste la asociación negativa con la duración de la institucionalización, de forma que una estancia más prolongada en la institución se asocia a un mayor retraso en la talla.

En algunos de los estudios (todos ellos norteamericanos) que han encontrado una relación negativa entre la talla y la duración de la institucionalización, se ha utilizado el retraso lineal del crecimiento (*linear growth lag*) para ilustrar de una forma más clara dicha asociación. El retraso lineal del crecimiento se halla a través de la diferencia entre la "edad talla" (que sería la edad a la que la altura del niño o de la niña cae en el percentil 50) y la "edad cronológica". Estos estudios muestran que los niños y niñas pierden, aproximadamente, 1 mes de crecimiento lineal por cada 3 meses de estancia en una institución (Johnson, 2000b).

En su estudio con niños y niñas procedentes de Europa del Este, Judge (2003) examina las diferencias en desarrollo físico a la llegada entre niños y niñas adoptados antes de los 10 meses, entre los 10 y 24 meses, y entre los 24 y 60 meses. En este estudio, la edad en la que se produce la adopción y la duración de la institucionalización están tan correlacionadas, que la autora no puede distinguir los efectos de una y otra. Respecto al peso, no encuentra diferencias en función de la duración del periodo institucional. Sin embargo, los resultados muestran diferencias significativas en la talla según la duración de la privación institucional, de forma que los que habían permanecido en centros menos de 10 meses presentan un retraso significativamente más leve ($z=-1,25$) que los que estuvieron durante un período igual o superior a 24 meses institucionalizados ($z=-2,19$). En el estudio de Groze e Ileana (1996) anteriormente citado, se encuentra una relación significativa entre la duración de la institucionalización y los retrasos de desarrollo físico, de forma que a medida que aumenta el tiempo de institucionalización, se produce un incremento en los meses que el niño o niña se encuentra retrasado en su talla y peso.

Al compararse con la institucionalización, el *acogimiento familiar* actúa como factor protector para el desarrollo de niños y niñas de adopción internacional, ya que se asocia a unos resultados más favorables para el desarrollo infantil (Roy, Rutter y Pickles, 2000). Sin embargo, el acogimiento familiar también se asocia a retrasos en el desarrollo de los niños y las niñas que están bajo esta medida de protección (Brodzinsky et al., 1998; Miller et al., 2005). En relación a las consecuencias sobre el desarrollo físico, en uno de los estudio revisados (Miller et al., 2005), se ha comparado específicamente las consecuencias sobre el desarrollo físico de una y otra medida. Este estudio con niños adoptados procedentes de Guatemala, descrito anteriormente, pone de manifiesto que los niños y niñas que habían estado institucionalizados presentan puntuaciones inferiores en todos los parámetros físicos analizados (talla, peso y perímetro cefálico) que los que habían estado en acogimiento familiar o los que habían estado en una combinación de cuidados antes de ser adoptados (habían pasado un tiempo con la madre biológica, en acogimiento familiar y/o en instituciones). A su vez, los de cuidados mixtos presentaban puntuaciones inferiores a los que habían estado en acogimiento familiar. Por tanto, de los tres tipos de cuidados, el acogimiento familiar es la medida más protectora en lo referente al desarrollo físico inicial. Sin embargo, a pesar de que los resultados son más favorables entre los que habían estado acogidos en familias que entre los institucionalizados o los de cuidados mixtos, los autores encuentran retrasos del crecimiento también entre aquellos que habían permanecido en acogimiento familiar.

Otro factor que también se ha asociado con el desarrollo físico inicial es la *edad de llegada* a la familia adoptiva. Muchos estudios han encontrado una relación positiva entre la edad de la adopción y la manifestación de problemas en general, de forma que entre los niños y niñas que llegan siendo más mayores, es más probable la

aparición de dificultades, mientras que en los que llegan más pequeños es más improbable. Sin embargo, una mayor edad en el momento de la adopción no parece ser un factor de riesgo en sí misma, sino en conjunción con las circunstancias adversas experimentadas. El momento de la llegada determina el tiempo que el niño o la niña ha estado expuesto a experiencias como la malnutrición, las infecciones o la falta de estimulación y afecto, de forma que las experiencias de adversidad temprana están asociadas de forma positiva con la edad en el momento de la adopción (Verhulst, 2000). En la investigación con niños y niñas procedentes de Guatemala adoptados por familias norteamericanas (Miller et al., 2005), los resultados muestran que en el grupo de adoptados con una edad inferior a los dos años, la edad de llegada correlaciona inversamente con los parámetros de crecimiento.

Sin embargo, el impacto de la edad en el momento de la adopción sobre el desarrollo físico, no está igualmente claro en todos los estudios. Así, en la investigación llevada a cabo por Rutter et al. (1998), se comparan los resultados de la evaluación antropométrica del grupo procedente de Rumanía, en función de la edad en la que fueron adoptados (un grupo fue adoptado antes de los 6 meses, y el otro entre los 6 y los 24 meses). Los resultados no muestran diferencias significativas en los parámetros físicos examinados (talla, peso y perímetro cefálico) entre un grupo y otro, aunque señalan que existe una leve tendencia entre los mayores a padecer más retrasos en los parámetros físicos. Por otro lado, el efecto de la edad a la llegada tuvo un mayor efecto entre los llegados con un peso por encima del percentil 3, que entre los llegados con un peso inferior al percentil 3, de forma que los autores consideran que el grupo de niños y niñas con una mayor afectación del peso son un grupo más homogéneo, en el que el efecto de la edad es menos relevante. En los estudios realizados en España (Palacios et al., 2005, en prensa) tampoco se encuentra una relación estadísticamente significativa entre los parámetros de crecimiento iniciales y la edad de llegada de los niños y niñas al país de adopción. Respecto al perímetro cefálico, el equipo de Johnson et al. (1992) encontró que entre los que tenían menos de 10 meses en el momento de la adopción, el porcentaje de niños y niñas que presentaron un grave retraso fue del 7% frente al 41% de los adoptados entre 10 y 14 meses, resultando estas diferencias significativas.

En resumen, respecto a los países de origen, en los estudios españoles no parecen encontrarse diferencias significativas entre los niños y niñas que proceden de un país u otro (Palacios et al., 2005, en prensa), mientras que en el estudio de Miller et al. (2005), los resultados de los niños y niñas que llegan procedentes de China presentan una mayor incidencia de retrasos del crecimiento que los procedentes de Guatemala. En cuanto a otros factores que pueden estar asociados al estado del desarrollo físico de los niños y las niñas de adopción internacional a la llegada a la familia adoptiva, en dos estudios (Groze e Ileana, 1996; Palacios et al., 2005) se encuentra que entre los niños que han estado institucionalizados antes de ser adoptados, es más probable encontrar retrasos en el crecimiento inicial, que entre los que no habían estado institucionalizados previamente, mientras que en otro estudio (Palacios et al., en prensa), no se encuentra dicha relación. Respecto a la duración de la institucionalización, aparece sistemáticamente una relación negativa entre la duración de la institucionalización y el estado inicial de la talla (Groze e Ileana, 1996; Johnson, 2000b; Johnson et al., 1992; Judge, 2003). Con el peso se da cierta inconsistencia, ya que en un estudio se encuentra dicha relación (Groze e Ileana, 1996), en otro no se encuentra (Judge, 2003), y en un tercer trabajo (Johnson et al., 1992) se encuentra sólo entre los adoptados con menos de 15 meses, mientras que en los adoptados con más edad no se da dicha relación. En este último estudio

mencionado (Johnson et al, 1992) se encuentra una relación similar a la del peso entre la duración de la institucionalización y el perímetro cefálico, de forma que los resultados muestran una relación negativa y significativa entre ambas variables entre los adoptados con menos de 15 meses, pero no en el resto. Respecto al acogimiento familiar, los resultados muestran que se trata de una medida más positiva que la institucionalización, pero que aún así, se asocia a retrasos iniciales del crecimiento (Miller et al., 2005). Sobre la edad de llegada, mientras que en unos estudios no se encuentra dicha relación (Palacios et al., 2005, en prensa), los resultados de otros trabajos muestran cierta tendencia entre los que fueron adoptados con mayor edad a presentar más retrasos (Rutter et al., 1998). Y por último, en uno de los estudios revisados esta relación resulta significativa entre los adoptados antes de los 2 años (Miller et al., 2005), y en otro, se encuentran porcentajes más elevados de niños y niñas con retrasos graves entre los adoptados antes de los 10 meses frente a los adoptados entre los 10 y los 14 meses (Johnson et al., 1992).

3.1.4. Evolución y situación actual del desarrollo físico de niños y niñas de adopción internacional

Como se comentó anteriormente, la adopción supone un drástico cambio en las vidas de estos niños y niñas, una mejora permanente del ambiente y a su vez, un promotor del desarrollo físico normal (Johnson, 2002; Winick, Meyer y Harris, 1975). La adopción permite medir la recuperación en condiciones óptimas, y comprobar si los niños y las niñas que experimentan una severa deprivación temprana serán capaces de recuperarse completamente tras el cambio de ambiente, qué factores están incidiendo en esa recuperación y cuáles son las características distintivas de las familias adoptivas en las que los niños muestran un mayor progreso.

Colombo, de la Parra y López (1992) señalan que el desarrollo físico de los niños y las niñas desnutridos no se encuentra fijado irreversiblemente, sino que parece ser sensible y modificable por una mejoría temprana y estable del entorno. En este sentido, un estudio sobre acogimiento familiar muestra la capacidad de recuperación frente a la adversidad de partida de los niños y niñas acogidos, de forma que tras seis meses desde el inicio del acogimiento, las dos terceras partes de quienes inicialmente presentaban problemas en el crecimiento habían pasado a ser valorados como de desarrollo normal, una proporción que siguió aumentando posteriormente (Amorós y Palacios, 2005).

Acerca de la secuencia de recuperación de los distintos indicadores antropométricos, Altemeier (2000) afirma que el peso no es sólo el indicador que se ve en primer lugar afectado por la deprivación, sino que también es el que tiene una recuperación más rápida tras un cambio de ambiente, seguido de la talla y por último del perímetro cefálico, que es el indicador que presenta una recuperación más lenta y limitada.

Si los estudios que han explorado el estado físico de niños y niñas de adopción internacional a la llegada no son abundantes, bastante más escasos son los que analizan la evolución del desarrollo físico en ellos. Debido a que el número de investigaciones que exploran los efectos de las experiencias adversas tempranas tras un tiempo en la familia adoptiva es bastante limitado (Rutter, 2005), tenemos poca

información de los efectos a medio y largo plazo en el desarrollo físico de estos niños y niñas que puedan derivarse de una nutrición inadecuada, y, sobre todo, de la falta de afecto y estímulo a la que se vieron sometidos muchos de ellos antes de ser adoptados (Altemeier, 2000).

Winick et al. (1975), estudiaron el efecto del enriquecimiento del ambiente por medio de la adopción temprana. Para ello, examinaron a 141 niñas procedentes de Corea que fueron adoptadas por familias norteamericanas cuando tenían una edad inferior a los 3 años (una media de 18 meses). La muestra estaba dividida en tres grupos: el grupo 1, formado por niñas cuyos pesos y tallas se encontraban por debajo del percentil 3 respecto a las normas coreanas (grupo "malnutrido"); el grupo 2, constituido por niñas que presentaban una talla y un peso entre el percentil 3 y el 24 (grupo "moderadamente nutrido"); y el grupo 3, formado por niñas que presentaban una talla y un peso igual o mayor al percentil 25 (grupo "bien nutrido"). Después de varios años en las familias adoptivas se obtuvieron datos sobre el peso, la talla, el CI y los logros educativos alcanzados. El equipo encontró que los tres grupos, incluso el de las niñas "malnutridas", habían superado la media (percentil 50) de las niñas coreanas. Además, se habían reducido los marcados contrastes iniciales, ya que no se encontraron diferencias en el peso en el momento del estudio entre los 3 grupos de niñas. La talla, sin embargo, fue significativamente más pequeña en el grupo de niñas "malnutridas" cuando se comparó con el de niñas "bien nutridas", aunque no se encontraron diferencias significativas con respecto al grupo "moderadamente malnutrido". Por tanto, el grupo de "malnutridas" y "moderadamente nutridas" tienden a ser más pequeñas que las "bien nutridas", aunque las diferencias sólo son significativas entre los grupos extremos. A pesar de la espectacular recuperación que mostraron las niñas de los tres grupos, superando en todos los casos la media respecto a las referencias coreanas, ninguno de los tres alcanzó la media respecto a las referencias norteamericanas.

En 1977, Lien, Meyer y Winick llevaron a cabo un estudio que constituía una segunda fase del estudio de Winick et al. (1975). En este caso, el objetivo también era estudiar los efectos de la malnutrición temprana, pero en esta ocasión, en vez de sobre la adopción temprana, sobre una adopción más tardía, con niñas adoptadas a más edad. La muestra estaba constituida por 240 niñas procedentes de instituciones coreanas, que fueron admitidas en una agencia para ser adoptadas entre los 2 y los 5 años. Al igual que en el primer estudio, agrupan a las niñas en tres grupos, esta vez, sólo en función de la talla: el grupo de niñas que presentan una talla por debajo del percentil 3, ahora llamadas "malnutridas severas"; el grupo de niñas "moderadamente malnutridas", cuando presentaban una talla entre el percentil 3 y el 24; y el grupo de niñas "bien nutridas", que presentan una talla igual o mayor al percentil 25. Los resultados muestran un patrón de recuperación completo o casi completo en estas niñas adoptadas tras una privación institucional, ya que cuando fueron evaluadas tras llevar un tiempo en la familia adoptiva, todos los grupos mostraron un percentil superior a 50 en talla y peso respecto a las referencias coreanas, de forma que la mayoría se había recuperado de los déficit iniciales. Respecto a las diferencias entre los grupos, los resultados en el grupo de "malnutrición severa" eran inferiores a los del grupo "moderadamente malnutrido", y a su vez, éstos eran inferiores que los del grupo "bien nutrido", resultando todas las diferencias significativas. Como ocurriera en el estudio llevado a cabo dos años antes, este trabajo pone de manifiesto que las niñas "malnutridas" son capaces de recuperarse en el crecimiento físico hasta el punto de sobrepasar las medias coreanas, aunque no alcancen las referencias norteamericanas

y aunque esa recuperación no anule las diferencias con las inicialmente menos afectadas.

El estudio con niños y niñas rumanos adoptados en el Reino Unido, llevado a cabo por Rutter et al. (1998), mostró que a los 4 años el desarrollo físico de la mayoría de ellos se había recuperado considerablemente. Mientras que a la llegada el 51% presentaba un percentil inferior a tres en peso, sólo el 2% de los niños y niñas de la muestra presentaba a los 4 años un nivel tan retrasado en peso. Respecto a los otros indicadores antropométricos, el 1% de los niños y niñas de la muestra mostraba una talla por debajo del percentil 3, al igual que el 13% en perímetro cefálico. A pesar de la evidente recuperación, los niños y niñas rumanos presentaban puntuaciones menores en todos los indicadores de desarrollo físico que los adoptados británicos.

Al tratarse de un estudio longitudinal, estos niños y niñas fueron evaluados nuevamente a los 6 años (O'Connor et al., 2000). Los resultados del seguimiento mostraron que la recuperación apreciada a los 4 años se mantenía a los 6 años y que el peso se encontraba dentro del rango normal. A pesar de la persistencia de retrasos en algunas áreas, la recuperación del desarrollo físico (peso y perímetro cefálico) fue muy fuerte. Sin embargo, las puntuaciones dentro del grupo británico fueron significativamente más elevadas que entre los rumanos, y los niños y las niñas que habían experimentado una privación más prolongada, no se habían recuperado completamente. La recuperación del peso es significativamente mayor que la del perímetro cefálico, de forma que los distintos indicadores antropométricos siguen patrones diferentes de recuperación. A pesar de que se produce una gran mejora, la recuperación del perímetro cefálico está lejos de ser completa, ya que persisten déficits significativos, incluso cuando la recuperación del peso se ha completado (Rutter et al., 2004). A partir de los datos del estudio, los autores señalan que el desarrollo físico parece estar limitado por la privación, y que el ambiente adoptivo no ha sido capaz de eliminar del todo la influencia de la privación temprana.

En el estudio de Judge (2004) con 159 niños y niñas adoptados procedentes de instituciones de la Antigua Unión Soviética, los resultados muestran un progreso significativo en el desarrollo físico desde el momento de la llegada hasta el momento del estudio, aunque el 23,6% seguía presentando un peso o una talla por debajo del percentil 10.

En los dos estudios de Palacios et al. (2005, en prensa), los resultados mostraron que tras 3 años de estancia en la familia adoptiva, la recuperación física de los niños y niñas de las muestras había sido muy notable, ya que transcurrido el tiempo, se observó una importante y generalizada mejoría. En el estudio del 2005, los resultados mostraron que en el 91% de los niños y niñas, su desarrollo físico evolucionó positivamente desde la llegada hasta el momento del estudio. De los 44 niños y niñas que presentaban problemas físicos al inicio, tan sólo uno de ellos seguía teniendo problemas graves en el momento del estudio, y para 13 de ellos los problemas pasaron de graves a moderados, situándose la mayoría restante en la media. De otros 44 niños que presentaban problemas moderados, sólo 8 seguían teniendo esos problemas en la actualidad y de los 54 que inicialmente se situaban en la media o por encima de ella, sólo dos presentaron problemas moderados en el momento del estudio.

En los niños y las niñas que llegan a las familias adoptivas con retrasos severos en la talla o el peso, generalmente las recuperaciones son más pronunciadas

(Proos, 1993). Pero si bien la recuperación comienza siendo más rápida, esta aceleración del crecimiento no está exenta de problemas, ya que en ocasiones se asocia al adelanto de la pubertad, relacionada a su vez, con una estatura final corta. Por tanto, al trasladar a niños y niñas malnutridos a un ambiente óptimo, se incrementa el riesgo de una pubertad precoz y de una corta estatura final (Proos, 1993; Johnson, 2000a). Un equipo de Suecia (Tuvemo et al., 2004) llevó a cabo un estudio con 46 chicas de adopción internacional procedentes de países en desarrollo, que presentaban una pubertad precoz (menarquía a una edad igual o inferior a los 9.5 años), y que tenían una edad media en el momento de la adopción de 2.3 años (intervalo de edad desde los 0.1 a los 7.3 años). En el momento de la llegada a Suecia, la *puntuación z* en talla fue de 2.5 desviaciones estándar por debajo de la media, lo que evidencia que estas niñas que habían llegado con un retraso muy severo del crecimiento, tuvieron una pubertad precoz, asociada a la rápida aceleración del crecimiento sufrida a raíz de la adopción.

Tras los alarmantes resultados a la llegada, los datos sobre la evolución del desarrollo físico de niños y de niñas de adopción internacional, son mucho más positivos. Según la investigación vigente, la mayoría de los niños y niñas con problemas de crecimiento a la llegada a la familia adoptiva tienen una inmediata y acusada mejora del desarrollo físico, como consecuencia del emplazamiento a un lugar estable y estimulador (Brodzinsky et al., 1998; Haugaard y Hazan, 2003; Johnson, 2000b, O'Connor, 2003). De esta forma, los problemas de crecimiento que suelen detectarse en estos niños y niñas tras su evaluación antropométrica inicial, habitualmente se han recuperado tras un tiempo en la familia adoptiva (Oliván, 2005). La mayoría de los niños y niñas tienen un inmediato y dramático avance en el crecimiento tras la salida del ambiente hostil, con una rápida aceleración del crecimiento. Y todos los estudios revisados apuntan a esta sorprendente recuperación. Sin embargo, se da cierta controversia a la hora de cuantificar dicha mejora. Los estudios pioneros (Winick et al., 1975; Lien et al., 1977) señalan que la recuperación que se ha producido es completa. Sin embargo, el resto de los estudios no coinciden en este punto, señalando la presencia de secuelas de los retrasos iniciales, y de limitaciones en la recuperación.

3.1.5. Factores asociados a la evolución y situación actual del desarrollo físico

La sorprendente recuperación de los retrasos del desarrollo físico inicial tiene lugar como consecuencia del cambio a un ambiente favorable, lo que además evidencia que los déficits estaban muy relacionados con las experiencias de privación vividas antes de la adopción. Pero, ¿cuáles son los factores que favorecen una mayor o menor recuperación?, ¿qué aspectos se relacionan con la persistencia de las secuelas?. En este apartado se explorará la limitada investigación que aborda estos temas.

Respecto a la relación entre el *desarrollo físico a la llegada* a la familia adoptiva y el posterior, los estudios españoles (Palacios et al., 2005, en prensa) encuentran que a pesar de que los problemas iniciales parecen superados por la mayoría de los niños y niñas adoptados, siguen ejerciendo alguna influencia en la actualidad, como pone de manifiesto una relación significativa entre la situación de partida y la actual. Por tanto, el desarrollo a la llegada es uno de los predictores de la evolución posterior, como ha

quedado de manifiesto en los resultados de algunas de las investigaciones que se acaban de exponer.

La *institucionalización* parece implicar mayor riesgo para el desarrollo físico a corto que a largo plazo (Frank, Klass, Earls y Eisenberg, 1996). Sin embargo, y a pesar de que la puesta al día de la mayoría de los niños institucionalizados es excelente, la *duración de la institucionalización* parece tener un efecto moderador en la recuperación del crecimiento, según los resultados de las investigaciones de Johnson et al. (2000a, 2000b, 2002). Algunos de los retrasos en el crecimiento físico de niños y niñas previamente institucionalizados siguen estando todavía presentes, a pesar de haber pasado años desde la adopción (Rutter et al., 1998). Y, de hecho, en el seguimiento que el equipo británico llevó a cabo con el grupo de niños y de niñas rumanos (O'Connor et al., 2000), se encuentra una modesta pero lineal correlación entre la duración de la privación y el peso y el perímetro cefálico a los 6 años.

La *edad en la que el niño o niña fue adoptado* parece jugar un importante papel sobre el desarrollo físico posterior (Palacios et al., 2005). En los estudios pioneros con niñas coreanas (Lien et al., 1977; Winick et al., 1975), los resultados muestran que aunque se da una recuperación tanto en los adoptados tempranamente como en los adoptados tardíamente, los adoptados a mayor edad (segundo estudio) tienden a puntuar menos en crecimiento. Johnson et al. (2000b) señalan que entre los llegados a una edad igual o inferior a 18 meses, con una talla inferior a dos desviaciones estándar por debajo de la media, el 78% había alcanzado el rango normal en 9 meses. En los adoptados con más de 18 meses, la velocidad de crecimiento es similar a la de los más pequeños, pero como requerían un crecimiento absoluto mayor para superar el percentil 3, ninguno de los niños alcanzó el rango normal. En el estudio británico de Rutter et al. (1998) no se encuentran diferencias significativas en la recuperación a los 4 años en función de la edad de llegada.

La *familia adoptiva* es vista como una mejora total y permanente del ambiente (Winick et al., 1975). Sin embargo, parece que su efecto promotor no es capaz de contrarrestar el efecto de la privación temprana, según los datos del estudio longitudinal inglés (Rutter et al., 1998; O'Connor et al., 2000), ya que de los 4 a los 6 años se da una cierta estabilidad, y no se producen mejoras significativas en el desarrollo físico, algo que se esperaría si el ambiente adoptivo continuara ejerciendo influencia más allá del momento de la adopción. Respecto a las características propias de las familias adoptivas que puedan estar promoviendo en mayor o menor medida una recuperación del desarrollo físico más completa, generalmente, la mayoría de los estudios de adopción internacional suelen trabajar con muestras de padres y madres relativamente homogéneas (por ejemplo, en cuanto a su nivel socioeducativo son generalmente de clase media y con un nivel educativo mayor que la población general) lo que dificulta el análisis en este sentido (O'Connor, 2003).

En resumen, han sido muy pocos los estudios que han indagado en los posibles factores que puedan estar incidiendo en una recuperación mayor o menor del desarrollo físico de niños y niñas adoptados. Parece que existe una relación entre el desarrollo físico a la llegada y el desarrollo posterior (Palacios, 2005, en prensa). Los estudios norteamericanos señalan cierto efecto moderador de la duración de la institucionalización en la recuperación (Johnson, 2000b). Y en varios estudios se ha encontrado una recuperación menos completa del crecimiento físico en los niños y niñas que fueron adoptados con una edad mayor (Lien et al., 1977; Winick et al.,

1975). Sin embargo, se desconoce si las secuelas que algunos niños y niñas siguen presentando se irán recuperando tras un tiempo más prolongado en las familias. El limitado número de estudios hacen que siga existiendo un cierto vacío acerca del conocimiento sobre el funcionamiento y la flexibilidad de la recuperación de niños y de niñas de adopción internacional.

3.2. Desarrollo psicológico de niños y niñas de adopción internacional

Las experiencias de privación temprana por las que han pasado muchos de los niños y niñas de adopción internacional, repercuten en el funcionamiento psicológico, de forma que si la incidencia de problemas iniciales de crecimiento es elevada, no lo es menos la incidencia de dificultades en el desarrollo psicológico general (Hernández-Muela et al., 2003; Johnson, 2002). En este apartado se revisarán estudios que han explorado el desarrollo psicológico de niños y niñas procedentes de otros países en el momento en el que son adoptados, así como la evolución tras la adopción. Además, se examinarán factores que puedan estar influyendo en ambos momentos, dirigiendo, posteriormente, una atención especial a la relación entre el desarrollo físico y el psicológico.

3.2.1. Desarrollo psicológico general de los niños y niñas adoptados en el momento de la llegada a sus nuevas familias.

Las evaluaciones de niños y niñas de adopción internacional a la llegada al país adoptante ponen de manifiesto el coste que la privación supone para el desarrollo psicológico general. En el estudio de Albers et al. (1997), con niños y niñas procedentes de Europa del Este descrito anteriormente, se examinó el desarrollo psicológico general de los niños y niñas a la llegada, cuando tenían una edad media de 26 meses, a través de una evaluación clínica que incluía la utilización del "Peabody Developmental Motor Scales" y del "University of Michigan Early Intervention Developmental Profile". Los resultados de la valoración a la llegada mostraron que la mayoría de los niños y las niñas presentaba algún retraso en el desarrollo psicológico general.

Rutter et al., en el estudio de 1998, examinaron el desarrollo psicológico de los niños y las niñas de su muestra que habían llegado a la familia adoptiva con una edad inferior a dos años. Para ello, utilizaron como instrumento de evaluación el "Denver Developmental Scales" de forma retrospectiva, a través de la información suministrada por los padres. Los resultados mostraron que la mayoría de los niños y las niñas procedentes de Rumanía presentaba retrasos en el desarrollo psicológico a la llegada al Reino Unido, siendo muchos de estos problemas de carácter severo, ya que el 59% presentaba un grave retraso en el cociente de desarrollo (con puntuaciones por debajo de 50 en una escala de 100), y que otro 15% se encontraba dentro de un rango moderadamente retrasado (con puntuaciones que oscilaban entre 50 y 69). Los que tenían una mayor edad en el momento de la adopción (entre los 24 y 42 meses) fueron examinados de forma independiente (O'Connor et al., 2000), y los resultados

mostraron que más del 90% presentaba retrasos del desarrollo psicológico en el momento de la llegada.

En el estudio de Miller y Hendrie (2000) con niños y niñas procedentes de China, la evaluación del desarrollo psicológico, que incluía el “Peabody Developmental Motor Scales” y el “University of Michigan Early Intervention Development Profile”, mostró que cuando llegaron a la familia adoptiva, con una media de 14,2 meses de edad, el 44% presentaba retrasos globales del desarrollo psicológico. Sin embargo, en la investigación que llevaron a cabo posteriormente con niños y niñas procedentes de Guatemala (Miller et al., 2005), la mayoría presentaba un desarrollo adecuado inicial cuando llegaron a sus familias adoptivas con 16 meses, de forma que sólo el 14% mostraba un retraso global del desarrollo según la evaluación llevada a cabo, la cual incluía instrumentos como el “University of Michigan Early Intervention Development Profile” o el “Mullen Scales of Early Learning”.

Judge (2003) utilizó el “Revised Denver Prescreening Developmental Questionnaire” (R-DPDQ) de forma retrospectiva, herramienta con la que midió el desarrollo psicológico. Sólo el 20% de los niños y las niñas de la muestra mostraba un funcionamiento psicológico normalizado, ya que no presentaba ningún retraso o sólo retraso en una de las diversas áreas de desarrollo evaluadas en el momento de la adopción. En el otro trabajo de la autora (Judge, 2004), en el que también utilizó la escala R-DPDQ para evaluar el desarrollo psicológico general, los resultados pusieron de manifiesto que más del 60% presentaba retrasos en una ó más áreas del desarrollo.

En los trabajos llevados a cabo por Palacios et al. (2005, en prensa), a través de la escala Battelle utilizada de forma retrospectiva con los padres como informantes, se examinó el desarrollo psicológico general de los niños y niñas de las muestras a la llegada a las familias adoptivas. Los resultados de ambos estudios destacaron la alta incidencia y severidad de los retrasos iniciales del desarrollo psicológico general. En uno de los estudios (Palacios et al., en prensa), en torno al 28,3% de los niños y de las niñas se situaban dentro de los márgenes del retraso severo, mientras que aproximadamente la mitad de la muestra no presentaban problemas de desarrollo psicológico a la llegada. En el otro estudio (Palacios et al., 2005), los resultados mostraron que era el 52,4% el que se encontraba dentro de los márgenes de retraso severo.

Un equipo de Canadá (Morison, Ames, y Chisholm, 1995; Morison y Ellwood, 2000), ha llevado a cabo un estudio longitudinal con niños y niñas procedentes de Rumanía adoptados por familias canadienses, en el que evaluaron la influencia que tenía una familia adoptiva estable en el desarrollo psicológico. En la primera parte del estudio (Morison et al., 1995), examinaron el estado de 44 niños y niñas que antes de la adopción habían estado institucionalizados al menos durante 8 meses. La evaluación se efectuó a partir de la información suministrada por los padres, referente al momento del encuentro con el niño o la niña en su país de origen, evaluándose el desarrollo psicológico mediante el “Revised Denver Prescreening Developmental Questionnaire” (R-DPDQ) y en algunos casos, también con el “Revised Gesell Developmental Schedules”. La media de edad del grupo era de 17,5 meses en el momento de la adopción. Los resultados pusieron de manifiesto una alta incidencia de retrasos severos en el desarrollo psicológico en el momento del primer encuentro, ya que todos los niños y las niñas presentaban retrasos al menos en dos de las áreas

evaluadas; el 78% presentaba un retraso en las 4 áreas de la escala R-DPDQ, el 17% en 3 áreas y el 5% en dos áreas.

Aunque se han utilizado distintos instrumentos para evaluar el desarrollo psicológico general y las circunstancias de los niños y las niñas de las muestras varían, todos los estudios que han examinado este tema ponen de manifiesto que la incidencia de retrasos en el desarrollo psicológico es muy alta entre los niños y las niñas de adopción internacional en el momento de la llegada a las nuevas familias, y que son muchos los que presentan problemas severos o globales del desarrollo. De hecho, incluso en alguna de las investigaciones (Morison et al., 1995), con niños y niñas que habían estado institucionalizados más de 8 meses, ninguno mostraba un desarrollo psicológico ajustado (con una o ninguna área retrasada), lo que evidencia la magnitud del problema.

3.2.2. Factores asociados al desarrollo psicológico general a la llegada

Las investigaciones que han examinado los efectos de la institucionalización, suelen evidenciar el coste que supone para el desarrollo psicológico (Frank et al., 1996; Kaler y Freeman, 1994; Johnson, 2000b). En el caso de la adopción internacional, en los estudios revisados que han analizado la relación entre el desarrollo psicológico general y la *duración de la institucionalización*, generalmente se ha encontrado una relación significativa, de forma que estancias más prolongadas en los centros, se asocian a un mayor número de retrasos y de mayor severidad en el desarrollo psicológico en el momento de la llegada, asociándose estancias más reducidas a mejores resultados (Groze e Ileana, 1996; Johnson et al., 1992; Palacios et al., 2005; Rutter et al., 1998). Sólo en el estudio de Morison et al. (1995) no se encontró relación entre la duración de la institucionalización y el número de áreas retrasadas del desarrollo psicológico general inicial. Lo que en esta investigación resultó significativa fue la relación entre el desarrollo psicológico a la llegada y la accesibilidad a los juguetes que tenían estos niños y niñas en los centros (información suministrada por los padres), de forma que una mayor accesibilidad de los mismos se asociaba a mejores resultados en el funcionamiento psicológico general inicial.

En el estudio de Palacios et al. de 2005 no se encontraron diferencias significativas en el desarrollo psicológico inicial entre los que habían estado institucionalizados previamente a la adopción y los que no habían pasado por esa experiencia. Respecto a las diferencias entre los cuidados previos a la adopción, los resultados del estudio de Miller et al. (2005), mostraron que los niños y las niñas que habían estado en *acogimiento familiar* presentaban un mejor desarrollo psicológico inicial que los que habían pasado por una combinación de cuidados (habían pasado un tiempo con la madre biológica, en acogimiento familiar y/o en instituciones), y, a su vez, éstos mostraban un mejor funcionamiento que los que habían estado institucionalizados. Sin embargo, al igual que ocurriera con el desarrollo físico, en los niños y las niñas que habían estado acogidos en familias también se encontraron déficits en el desarrollo psicológico general a la llegada al país.

En cuanto a la *edad de llegada*, los resultados de las investigaciones que relacionan esta variable con el desarrollo psicológico inicial son incoherentes. En el estudio de Johnson et al. (1992), con niños y niñas procedentes de Rumanía, descrito

anteriormente, el nivel de desarrollo psicológico general dependía de la edad en el momento de la adopción (edad que se encontraba muy relacionada en esta investigación con la duración de la institucionalización), de forma que el 65% de los que tenían hasta 6 meses en ese momento, presentaba un desarrollo normal en todas las áreas de desarrollo, frente al 30% entre los que tenían entre 7 y 12 meses, y el 10% en los que tenían edades comprendidas entre 12 y 24 meses. En el estudio de Palacios et al. de 2005 se encontró una relación significativa, de forma que los que presentaban problemas más severos en el desarrollo psicológico, tenían una edad significativamente superior en el momento de la adopción; resultados similares a los encontrados por Miller et al. (2005) entre los adoptados con menos de 2 años. En el otro estudio de Palacios et al. (en prensa) se encontró una tendencia similar, aunque la relación no era significativa. Sin embargo, en otros estudios revisados no se encontró que la edad de llegada a la familia adoptiva estuviera relacionada con el desarrollo psicológico inicial (Judge, 2003; Miller y Hendrie, 2000).

Por otra parte, en los resultados de Judge (2003) no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el desarrollo psicológico a la llegada ligadas al género.

En cuanto al *país de origen*, son pocos los estudios que comparan el desarrollo psicológico general de niños y niñas de distinta procedencia, y los resultados de los que lo han hecho muestran que las discrepancias no parecen ser significativas. Sin embargo, han sido muchos los trabajos que han resaltado la situación extremadamente desfavorecida de los procedentes de Rumanía, como muestran las investigaciones llevadas a cabo por Kaler y Freeman (1994) o por Johnson (2000b). Sin embargo, Miller y Hendrie (2000) señalaron que no existían diferencias entre el desarrollo psicológico general a la llegada de los de origen chino frente a los procedentes de Europa del Este, siendo la severidad de los retrasos similar en unos y otros. No obstante, este mismo equipo (Miller et al., 2005) señala que los procedentes de Guatemala presentan una frecuencia menor de retrasos globales del desarrollo psicológico inicial que los procedentes de China, mientras que en el estudio de Palacios et al. (2005) los que llegaron de Guatemala, India y Rumanía fueron los que peor estaban. En el estudio de Palacios et al. (en prensa), los procedentes de China y Guatemala presentaron unos niveles más favorables, mientras que los llegaron de la Federación Rusa y Rumanía (especialmente) presentaban una peor situación, aunque las diferencias en los dos estudios del equipo español no resultaron significativas.

Los estudios revisados muestran los efectos de la institucionalización sobre el desarrollo psicológico general a la llegada a las familias adoptivas de niños y de niñas de adopción internacional, de forma que estancias más prolongadas de la institucionalización se asocian a más numerosos y severos déficits en el funcionamiento psicológico. Aún así, los niños y las niñas que estuvieron en acogimiento familiar, no parecen librarse de un impacto negativo en el desarrollo psicológico, ya que también presentan limitaciones a la llegada a la familia adoptiva, aunque los problemas son menos severos que en el caso de los que habían estado institucionalizados antes de ser adoptados. La edad de llegada por sí sola no parece tener un claro efecto adverso sobre el desarrollo psicológico inicial, si bien los que son adoptados a mayor edad muestran una tendencia a presentar más retrasos. Por último, no se han encontrado diferencias ligadas al género y no parecen existir grandes contrastes entre los niños y las niñas procedentes de un país u otro, con la excepción de los procedentes de Rumanía, que tienden a presentar más numerosos y severos problemas en el desarrollo psicológico inicial.

3.2.3. Evolución y situación posterior del desarrollo psicológico general de niños y niñas de adopción internacional

El estudio de los niños y niñas de adopción internacional permite examinar la evolución del desarrollo psicológico general de niños y niñas que han sufrido distintos grados de privación, comprobando los efectos asociados al drástico cambio de ambiente y analizando la recuperación y el grado de reversibilidad del desarrollo, así como las posibles secuelas que puedan seguir quedando.

En el estudio de Winick et al. de 1975, con niñas coreanas de adopción temprana, se evaluó el desarrollo psicológico tras un tiempo en las familias adoptivas y los resultados fueron muy positivos. En los tres grupos de niñas (“malnutridas”, “moderadamente nutridas” y “bien nutridas”), los resultados mostraron un funcionamiento igual o por encima de los valores promedios de las niñas norteamericanas. Estos hallazgos mostraron que un ambiente enriquecido puede minimizar o anular los efectos de la privación temprana y que el desarrollo psicológico puede normalizarse tras un tiempo en la familia adoptiva. Resultados similares se desprendieron del estudio llevado a cabo dos años después por el mismo equipo, aunque en este caso, el grupo de niñas “severamente malnutridas” no alcanzó la puntuación media de las niñas norteamericanas (Lien et al., 1977).

El estudio longitudinal de Rutter et al. (Rutter et al., 1998; O’Connor et al., 2000) supone una de las mejores revisiones sobre el efecto del ambiente familiar en el desarrollo psicológico del niño y la niña adoptado. Para la evaluación, utilizaron el “Denver Developmental Scales” y el “McCarthy Scales”. Los resultados mostraron que tras la adopción se había producido una gran recuperación en el desarrollo psicológico, incluso entre aquellos que en el momento inicial se encontraban en peores condiciones. Sin embargo, la recuperación parece estabilizarse entre los cuatro y los 6 años, de forma que en los que habían sufrido una privación más prolongada continuaban quedando secuelas. Según los autores, el desarrollo psicológico parece estar limitado por la privación inicial y el saludable ambiente adoptivo parece no poder superar totalmente la influencia de la adversidad temprana.

En uno de los estudios de Judge (2003), se evaluó el desarrollo psicológico de los niños y niñas cuando estos tenían una media de 26,55 meses y habían pasado 6,36 meses en sus familias adoptivas, a través del R-DPDQ. Los resultados mostraron que se había producido una considerable puesta al día respecto al desarrollo psicológico, de forma que muchos de los retrasos habían desaparecido. Sólo el 2% seguía presentando retrasos en las cuatro áreas de la escala, el 6% en tres, el 21% en dos áreas, y el 76% no presentaba retrasos o lo presenta en una sola área en el momento del estudio.

En los estudios españoles (Palacios et al., 2005, en prensa), se evaluó el desarrollo psicológico general tras tres años de estancia en la familia adoptiva, mediante la escala “Battelle” en los menores de 6 años y mediante el “Weschler Intelligence Scale for Children”, versión revisada (WISC-r), en los mayores de esa edad. En ambos estudios, el porcentaje de niños y niñas con problemas graves en el desarrollo psicológico general se había reducido drásticamente, así como

paralelamente había aumentado también de forma drástica el porcentaje de niños y de niñas que se situaban en la media o por encima de la media. Sin embargo, también hubo porcentajes importantes que no cambiaron excesivamente de situación, particularmente entre los más mayores en el momento de la adopción.

En el estudio de Morison et al. (1995), se evaluó a través del “Revised-Denver Prescreening Developmental Questionnaire” (R-DPDQ) a los niños y niñas procedentes de Rumanía, cuando tenían una edad media de 30 meses y habían transcurrido 11 desde el momento de la adopción. Los resultados mostraban un rápido progreso durante los primeros años en la familia. Sin embargo, aunque la mayoría había hecho grandes avances en el desarrollo psicológico, el 32% presentaba retrasos en las 4 áreas, el 14% en tres áreas y el 18% en dos áreas, mientras que un 36% no presentaba déficits o sólo los presentaba en una área. El estudio mostró que aunque los niños y las niñas habían cambiado a un ambiente más estimulante y habían hecho un gran progreso, la mayoría de ellos seguía mostrando retrasos en dos ó más áreas del desarrollo psicológico.

En una segunda parte del estudio del mismo equipo (Morison et al., 2000), se evaluó a los menores procedentes de Rumanía tras llevar aproximadamente 3 años en el hogar adoptivo. Estos niños y las niñas evaluados en esta segunda parte (35 en total) tenían una edad media de 54 meses y llevaban aproximadamente 3 años en sus familias adoptivas. Este grupo se comparó con otro de nacidos en Canadá que no eran adoptados y nunca habían estado institucionalizados y con otro grupo de niños adoptados tempranamente, antes de los 4 meses. El desarrollo psicológico se evaluó a través del “Stanford-Binet Intelligence Scale” y la calidad del ambiente del hogar con el “Home Observation for Measurement of the Environment” (HOME). Los niños rumanos mostraban puntuaciones más bajas que los no adoptados nacidos en Canadá en todas las medidas cognitivas, lo que ponía de manifiesto que continuaban presentando retrasos incluso tras 3 años en las familias adoptivas. Por otro lado, en la mayoría de las medidas psicológicas, puntuaban más bajo que los adoptados tempranamente.

En Canadá, se llevó a cabo un estudio en el que se examinaron a 56 niños y niñas procedentes de Rumanía, que habían sido adoptados por familias canadienses (Marcovitch et al., 1997). La muestra se dividía entre aquellos que habían pasado menos de 6 meses institucionalizados (y habían sido adoptados a menor edad) y los que habían pasado más de 6 meses en instituciones (y habían sido adoptados con una edad superior). Estos niños y niñas fueron examinados entre los 3 y los 5 años. Para evaluar su desarrollo general se aplicó el “Survey Form of the Vineland Adaptive Behaviour Scales” (administrado a las madres) y una de las siguientes escalas “Stanford-Binet Intelligence Scale”, “Bayley Scales of Infant Development”, “Merrill Palmer Scales” o “Leiter International Performance Scale”. Los resultados mostraron que ambos grupos se encontraban dentro del rango normal. Sin embargo, existían diferencias entre ellos, ya que el grupo que había estado institucionalizado menos de 6 meses, presentaba una puntuación en desarrollo psicológico general significativamente superior que el grupo que había pasado más tiempo institucionalizado.

Mientras que la mayoría de los estudios comparan a niños y niñas de adopción internacional con otros niños que viven con sus familias biológicas, Levy-Shiff, Zoran y Shulman (1997) compararon los resultados en desarrollo psicológico de niños y niñas de adopción internacional (50 niños y niñas procedentes de Sudamérica) con otros de

adopción nacional. La adopción había sido muy temprana en todos los casos, ya que llegaron a sus familias antes de los 3 meses de edad. Fueron evaluados cuando tenían una edad comprendida entre los 7 y los 13 años y los resultados mostraron que no existían diferencias significativas en el desarrollo psicológico (evaluado a través del WISC-R) ni en el ajuste o grado escolar entre ambos grupos.

En resumen, en los distintos estudios sobre la evolución del desarrollo psicológico general de niños y niñas de adopción internacional, se pone de manifiesto una drástica recuperación incluso entre aquellos que han sufrido una privación más severa, lo que resalta el papel positivo de la adopción. Sin embargo, mientras que en el estudio de Winick et al. (1975) los resultados indican una recuperación completa del desarrollo psicológico tras un tiempo en la familia adoptiva, los demás estudios muestran que esa recuperación parece no ser totalmente completa, ya que los datos muestran la persistencia de secuelas en el desarrollo psicológico de los niños y las niñas de adopción internacional tras un tiempo en las familias adoptivas. Respecto a la evolución temporal, parece que se produce un rápido progreso durante los primeros años tras la llegada a la familia adoptiva. Progreso que, según los datos del estudio longitudinal británico (Rutter et al., 1998; O'Connor et al., 2000), se mantiene a lo largo del tiempo, pero que también se estabiliza. Estos resultados ponen de manifiesto los efectos positivos de la adopción sobre el desarrollo psicológico, pero también muestran que esos efectos parecen ser limitados, de forma que persisten algunas secuelas. Es necesario ahondar más en el patrón de evolución del desarrollo psicológico general de los niños y las niñas de adopción internacional, y profundizar en cómo de completa es la recuperación y cómo es ese progreso a lo largo del tiempo.

3.2.4. Factores asociados a la evolución y situación posterior del desarrollo psicológico

Han sido pocos los estudios que han explorado los factores que impulsan una recuperación más completa del desarrollo psicológico en niños y niñas de adopción internacional, o las variables que median en la persistencia del déficit. La influencia del *desarrollo psicológico inicial* en la recuperación posterior ha sido un resultado consistentemente señalado por la mayoría de los estudios revisados de adopción internacional que han examinado la asociación entre ambas variables, aunque mientras que en algunos estudios el estado psicológico inicial resultaba ser la variable con el efecto más fuerte a la hora de predecir la recuperación y la situación psicológica posterior (Judge, 2003), en otros, el efecto de esta variable se mostraba débil (Rutter et al., 1998). Sin embargo, en el estudio de Palacios et al. (2005), la relación entre el momento inicial y el posterior no resultó significativa.

Aunque la adopción puede hacer reversibles algunos de los déficits asociados con la temprana institucionalización (Hodges, 1989a, 1989b), la *duración de la institucionalización* se encuentra relacionada con la recuperación del desarrollo psicológico y con el estado del mismo tras un tiempo en la familia adoptiva en niños y niñas de adopción internacional (Judge, 2004; Marcovitch et al., 1997; Morison et al., 1995, 2000; O'Connor et al., 2000), de forma que estancias más prolongadas en instituciones se asocian a recuperaciones más limitadas en el desarrollo psicológico.

Aunque la *edad de llegada* no mostraba una clara relación con el desarrollo psicológico inicial, sí que se encuentra relacionada con la recuperación del desarrollo psicológico, convirtiéndose además en uno de los principales predictores de su evolución, de forma que los adoptados a más edad presentan una recuperación menos completa que los adoptados siendo más pequeños (Judge, 2003; Lien et al., 1977; O'Connor et al., 2000; Palacios et al., 2005, en prensa; Rutter et al., 1998).

Respecto al *país de origen*, en uno de los estudios de Palacios et al. (2005) se encuentran diferencias significativas en la situación del desarrollo psicológico general en el momento del estudio en función de la procedencia de los menores de 6 años en el momento de la evaluación, de forma que los que procedían de Rumanía, Colombia y Federación Rusa, fueron los que presentaron las puntuaciones inferiores, mientras que los procedentes de Guatemala, China e India presentaban las mejores puntuaciones. En el estudio de Castilla y León de este mismo grupo (en prensa) se encuentra una tendencia entre los procedentes de Rumanía e India a obtener puntuaciones inferiores en el desarrollo psicológico tras un tiempo en la familia adoptiva.

El tiempo que los niños y las niñas han pasado en sus *familias adoptivas* tiene un efecto positivo sobre el grado de recuperación del desarrollo psicológico según los datos de Judge (2003, 2004). Morison et al. (1995) encontraron que los niños y las niñas fueron progresando dos puntos en el cociente de desarrollo por cada por cada mes pasado en las familias adoptivas. La relación entre el tiempo en las familias adoptivas y la recuperación del desarrollo psicológico también resulta significativa entre los mayores de 6 años en los estudios de Palacios et al. (2005, en prensa). Sin embargo, los resultados del estudio longitudinal británico apuntan a que la relación parece que desaparece después de un periodo de 2 años, estabilizándose la influencia del tiempo en la familia adoptiva sobre la recuperación (O'Connor et al., 2000).

Respecto a las características de la familia adoptiva que puedan estar mediando en un mejor estado del desarrollo psicológico posterior a la adopción, en el estudio de Morison et al. (2000), se encuentra una relación positiva y significativa entre el desarrollo psicológico en el momento del estudio y las puntuaciones en la escala HOME, que evalúa la *calidad* del ambiente del hogar. Por otro lado, en el estudio británico (Rutter, 2005) no se encuentran diferencias en el desarrollo psicológico de los niños y niñas en el momento del estudio en función del *nivel educativo* de los padres y madres adoptivos. Y tampoco se encuentra relación entre el estatus psicológico en el momento del estudio y el *número de niños y niñas adoptados* en la familia (Judge, 2003, 2004).

En resumen, en la mayoría de las investigaciones sobre adopción internacional se ha encontrado que el desarrollo psicológico general con el que los niños y las niñas llegaron a sus familias adoptivas se encuentra muy relacionado con la recuperación y el desarrollo psicológico posterior que estos niños y niñas presentan. Por otro lado, la duración de la institucionalización también parece influir en la recuperación y en el desarrollo psicológico general tras un tiempo en la familia adoptiva, de forma que las estancias más prolongadas generalmente se asocian a recuperaciones menos completas del desarrollo psicológico general, según los resultados de muchos de los estudios revisados. Por otro lado, la edad en la que fueron adoptados los niños y las niñas también parece actuar como predictor de la recuperación posterior. Según el estudio longitudinal británico, el efecto del tiempo en la familia adoptiva se estabiliza tras los primeros años en la familia adoptiva. Respecto a las características de las

familias adoptivas que puedan estar ejerciendo una mayor o menor influencia en la recuperación y situación posterior, la calidad del hogar adoptivo aparece relacionada de forma significativa con la evolución del desarrollo psicológico, de manera que una mayor calidad se asocia a una mayor recuperación. Por último, no se ha encontrado relación entre el nivel educativo familiar o el número de niños o niñas adoptados y la recuperación del desarrollo psicológico general.

3.2.5. La relación entre desarrollo físico y desarrollo psicológico en niños y niñas de adopción internacional

Una nutrición inadecuada no sólo afecta al desarrollo físico, sino que también actúa sobre el desarrollo de la capacidad intelectual del individuo. El crecimiento intrauterino y los primeros años de vida son los más importantes en el crecimiento del cerebro, que es vulnerable a los déficits nutricionales, especialmente en estos momentos (Gale, O'Callaghan, Godfrey, Law y Martín, 2004; Johnson, 2003; Skuse, 1984). La investigación que ha abordado las influencias nutricionales sobre el desarrollo psicológico ha sido amplia. Generalmente, estas aproximaciones se han hecho a través de la relación del desarrollo físico (como indicador de la historia nutricional) y el psicológico. Sin duda, no se trata de la búsqueda de relaciones causales, ya que son muchos los factores que están influyendo en el desarrollo psicológico, sino que estos trabajos tratan de comprobar si el desarrollo físico está mediando en el estado del desarrollo psicológico.

El perímetro cefálico es, según diversos autores (Ivanovic et al., 2000, 2004; Weinberg, Dietz, Penick y McAlister, 1974), el indicador antropométrico que en mayor medida se asocia con el pasado nutricional, la habilidad intelectual y el rendimiento escolar y ha sido utilizado como marcador del bienestar cerebral, de forma que perímetros cefálicos muy pequeños o muy grandes son vistos como posibles indicadores patológicos (Johnson, 2003). Algunos autores, como por ejemplo Gale et al. (2004), han señalado la existencia de una relación entre el perímetro cefálico y el volumen del cerebro, así como entre el volumen del cerebro y la capacidad intelectual, de forma que el perímetro craneal queda asociado de manera indirecta a la capacidad cognitiva. De hecho, algunos estudios han señalado que existe una relación entre el perímetro craneal y el desarrollo psicológico, en el sentido de que se da una mayor incidencia de afectación del coeficiente intelectual cuando la medida del perímetro cefálico es muy baja (Ivanovic et al., 2004; Johnson, 2003; Tisserand, Bosma, Van Boxtel y Jolles, 2001), mientras que en la investigación llevada a cabo por Tramo, Loftus, Stukel, Green, Weaver y Gazzaniga (1998).

Otros estudios se han centrado en la relación entre la talla y la inteligencia, encontrando correlaciones positivas entre ambas (Humpherys, Davey y Park, 1985; Tuvemo, Jonsson y Persson, 1999). Por ejemplo, algunos trabajos han encontrado una fuerte asociación entre la talla y el rendimiento académico, poniendo de manifiesto que una talla muy baja en la temprana infancia tiene un efecto negativo en la función cognitiva de la niñez tardía (Brito y De Onis, 2004; Chang, 2002). Según Ivanovic et al. (2004), el poder explicativo del perímetro cefálico en la habilidad intelectual aumenta significativamente con la edad, mientras que el de la talla decrece significativamente. Y el peso, es el indicador antropométrico que menos se ha puesto en relación con la capacidad cognitiva, debido a que refleja el estado nutricional actual, más que la

historia de privación (Church y Katigbak, 1991). Sin embargo, la relación entre el estatus del desarrollo físico y el del desarrollo psicológico no está exenta de polémica, ya que no todos los estudios apoyan la existencia de dicha relación (Tramo, 2000; Church y Katigbak, 1991).

Centrándonos en la adopción internacional, los datos de los informes preadoptivos que llegan de los países de origen de niños y niñas que van a ser adoptados, suelen ser bastante imprecisos y subjetivos, de forma que la información antropométrica se convierte en una de las referencias más objetivas de las que se dispone (Johnson, 2003). Si el desarrollo físico y el psicológico están relacionados, los indicadores de crecimiento cobran un valor adicional, ya que contribuirían no sólo a la evaluación del desarrollo físico, sino que también podrían contribuir, al menos en los casos de mayor afectación, a la valoración del desarrollo psicológico de los niños y niñas que esperan para ser adoptados. De esta forma, se plantean cuestiones como hasta qué punto, a partir de la información antropométrica disponible, podemos predecir el estado psicológico de estos niños y niñas a la llegada al país adoptante; de qué forma la información física a la llegada nos permite predecir la evolución psicológica posterior; o si la evolución del desarrollo físico y del psicológico tras la adopción es similar, encontrándose ambos relacionados tras un tiempo en la familia adoptiva.

3.2.6. Relación entre el desarrollo físico y el desarrollo psicológico inicial

En este apartado y en el siguiente se va a revisar la literatura que explora la relación entre el desarrollo físico y el desarrollo psicológico. Se intenta esclarecer cómo es la relación entre ambos tipos de desarrollo en el momento inicial, así como examinar los patrones de evolución de uno y otro desarrollo, y si son similares o diferentes. Y en caso de la existencia de una relación entre ambos, analizar cómo de sólida es esa relación. De esta forma, se pretende esclarecer en qué medida el estado del crecimiento está mediando en el estado del desarrollo psicológico y en su evolución, y hasta qué punto a partir del desarrollo físico podemos hacer alguna predicción del desarrollo psicológico.

Los estudios que han analizado la relación entre el desarrollo físico y el psicológico son escasos. Generalmente, han sido pocos los investigadores que han aunado los resultados encontrados en un ámbito y otro, mientras que en la mayoría de las investigaciones se ha partido de enfoques diferentes para examinarlos. Sin embargo, como señalan Colombo et al. (1992), el niño o la niña es un ser integrado, en el que los factores físicos y psicológicos interactúan, pudiendo actuar unos como factores de protección o riesgo de los otros, lo que realza el interés de estudios que a través de una aproximación integrada aborden este tipo de interacciones.

En el estudio de Rutter et al. (1998) se encontró que el cociente de desarrollo a la llegada correlacionaba con las medidas antropométricas iniciales (talla, peso y perímetro cefálico).

En el trabajo de Judge (2003), se evaluó el grado de desarrollo y de déficit tras la severa privación temprana y los resultados mostraron que la *puntuación z* del peso correlacionaba con el número de áreas retrasadas en la escala R-DPDQ a la

llegada, de forma que una puntuación inferior en peso se encontraba asociada a un número más elevado de retrasos en el desarrollo psicológico. Sin embargo, en el estudio de Morison et al. (1995), el peso, como indicador del efecto de la nutrición en el desarrollo, no se encontraba relacionado con el número de retrasos en el desarrollo psicológico en el momento del encuentro. En el estudio con niños y niñas procedentes de China llevado a cabo por Miller et al. (2000), se encontró que los retrasos en talla y peso eran menos severos en los niños y las niñas que no presentaban retrasos en el desarrollo psicológico, tendencia que también se encontraba respecto al perímetro cefálico. En el trabajo llevado a cabo por Palacios et al. en 2005, la relación entre el desarrollo físico y psicológico inicial también resultó ser significativa, de forma que los resultados mostraron que de los que llegaron con graves problemas en su desarrollo psicológico, un 42% también presentaba graves problemas físicos, y un 59% de los que se situaban en la media o por encima de la misma en desarrollo psicológico, también tenían un desarrollo físico normal. En el otro estudio de este equipo (en prensa), se examinó la relación entre la presencia o ausencia de un retraso estaturponderal a la llegada y el cociente de desarrollo general, pero no se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambos.

En resumen, la mayoría de los estudios que han examinado la relación entre el desarrollo físico y el psicológico general a la llegada de estos niños y niñas a las familias adoptivas han encontrado relacionados los indicadores antropométricos y el desarrollo psicológico general. Sin embargo, estos estudios no han sido numerosos, lo que evidencia la necesidad de nuevas investigaciones que exploren con una mayor profundidad esta relación.

3.2.7. Relación entre el desarrollo físico y el desarrollo psicológico tras un tiempo en la familia adoptiva

En el estudio de Winick et al. de 1975, los resultados mostraron que a pesar de que las puntuaciones en desarrollo psicológico en los tres grupos ("malnutridas", "moderadamente nutridas" y "bien nutridas") fueron muy altas, se encontraron diferencias significativas en función del estado físico inicial, de forma que las niñas que pertenecían al grupo de las "malnutridas" presentaban un nivel de desarrollo psicológico significativamente inferior que las del grupo "bien nutridas".

En la segunda parte del estudio (Lien, Meyer y Winick, 1977), con niñas coreanas adoptadas más tardíamente, los resultados fueron similares, de forma que a pesar de encontrarse unos niveles de funcionamiento psicológico muy positivos, también en este estudio se encontraron diferencias entre el grupo de niñas "malnutridas severas" y las "bien nutridas", de manera que las del primer grupo tenían unas puntuaciones significativamente más bajas que las del otro grupo, lo que puso de manifiesto un fuerte efecto del desarrollo físico sobre el desarrollo psicológico.

Los resultados del estudio de Rutter et al. (1998), mostraron que el desarrollo físico inicial (talla, peso y perímetro cefálico) no se encontraba relacionado con la recuperación. Sin embargo, entre los que llegaron antes de los 6 meses, el peso a la llegada sí se encontró relacionado levemente (pero de forma significativa) con el nivel psicológico a los 4 años, lo que sugiere que las variaciones en el grado de malnutrición no son un gran determinante en el desarrollo psicológico. Por otro lado, encontraron

un efecto del perímetro cefálico a los 4 años en el desarrollo psicológico a la misma edad, efecto que desaparecía entre aquellos que presentaban en el momento de la llegada un peso por debajo del percentil 3, lo que puso de manifiesto los efectos de la temprana malnutrición en el crecimiento del cerebro. Los autores señalan que es posible que sea la duración de la malnutrición severa, más que su grado en un momento concreto, la que esté influyendo en que persistan secuelas a largo plazo en el desarrollo psicológico. En el seguimiento de estos niños y niñas a los 6 años (O'Connor et al., 2000), los resultados mostraron que el funcionamiento psicológico en este momento estaba significativamente relacionado con el desarrollo físico a la llegada.

Los resultados del estudio de Judge (2003) no mostraban la existencia de una relación entre el peso o la talla en el momento de la adopción (analizadas de forma dimensional y categorial) y la recuperación del desarrollo psicológico. Los resultados del estudio de Morison et al. (1995), iban en el sentido contrario a los del estudio de Judge, ya que aunque el peso no estaba relacionado con el número de retrasos en el desarrollo psicológico en el momento del primer encuentro entre la familia y el niño o la niña, estaba significativamente relacionado con el número de retrasos en el momento de la entrevista (11 meses después), de forma que los que presentaban valores más bajos en peso mostraban más retrasos en el R-DPDQ. Sin embargo, dos años después del primer seguimiento (tras 3 años en la familia adoptiva), el peso del niño en el momento del encuentro no se encontraba relacionado con el desarrollo psicológico en este momento, por lo que ha dejado de jugar un papel importante en la determinación del desarrollo psicológico de estos niños y estas niñas.

Resumiendo, son pocos los estudios que se han centrado en la relación entre el desarrollo psicológico general y el desarrollo físico, y los resultados de los que lo han hecho son contradictorios, ya que mientras que en unos estudios se encuentra que el desarrollo físico inicial está relacionado con la recuperación del desarrollo psicológico (Lien et al., 1977; O'Connor et al., 2000; Winick et al., 1975), de forma que menores puntuaciones de los indicadores antropométricos se asocian a peores resultados en el desarrollo psicológico general post-adoptivo, en otros estudios no se encuentra dicha relación (Judge, 2003; Rutter et al., 1998). O bien, como en el estudio canadiense, se encuentra en los primeros momentos posteriores a la adopción (Morison et al., 1995), pero deja de encontrarse dicha relación un tiempo después (Morison et al., 2000).

4. Hipótesis de investigación

De acuerdo a los estudios previos que se han llevado a cabo sobre el tema, las hipótesis que se han planteado en este trabajo son las siguientes:

- En el momento de la adopción, los niños y niñas de adopción internacional presentan un retraso generalizado del desarrollo, encontrándose afectados los distintos parámetros físicos y psicológicos.
- Una mayor adversidad inicial y una adversidad más prolongada implicarán una afectación más acusada del desarrollo físico y psicológico en el momento de la adopción.
- Tras un tiempo en la familia adoptiva, la recuperación física y psicológica de estos niños y niñas es muy llamativa.



- Aunque en el momento de la llegada el retraso en el desarrollo es generalizado, los procesos de recuperación no se producen de forma igualmente generalizada, observándose una desarmonía entre la recuperación física y la psicológica.
- Entornos familiares más positivos van a favorecer una mayor recuperación del desarrollo físico y psicológico.

Capítulo 2. Método.

En este capítulo se expondrá el diseño que ha guiado este estudio, así como los instrumentos y medidas utilizados en este trabajo y las características de los sujetos que componen la muestra.

1. Diseño

El presente trabajo se enmarca dentro de un estudio más amplio que conforman dos proyectos desarrollados gracias a un convenio entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la Universidad de Sevilla el primero (Palacios, Sánchez-Sandoval y León, 2005) y fruto de un convenio entre la Gerencia de Servicios de la Junta de Castilla y León y la Universidad de Sevilla el segundo (Palacios, Sánchez-Sandoval, León y Román, en prensa), ambos dirigidos por D. Jesús Palacios González, Catedrático del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla. El presente trabajo tiene como objetivo principal analizar específicamente los contenidos referentes al desarrollo físico y psicológico de los niños y niñas estudiados.

La muestra de este trabajo está compuesta por 289 niños y niñas adoptados entre 1993 y 2003, aunque la mayoría de estas adopciones se llevaron a cabo entre 1997 y 2001. Las regiones españolas en las que se realizaron estas adopciones fueron Andalucía, Castilla y León, Madrid y Valencia, cuya población representa, aproximadamente, el 50% de la población total española. China, Colombia, Federación Rusa, Guatemala, India y Rumanía fueron los países de procedencia de estos niños y niñas, y fueron seleccionados al representar el 80% de todas las adopciones internacionales hechas en España. La muestra se ponderó para que reflejara el peso de cada uno de los seis países en la adopción internacional en España. Otro aspecto que se tuvo en cuenta en el muestreo efectuado fue la edad en el momento del estudio de los niños y niñas adoptados, así como la edad a su llegada. Los anteriores fueron los criterios que guiaron el muestreo.

Puesto que interesaba una aproximación rigurosa, se decidió visitar en su domicilio a las familias que aceptaran formar parte del estudio, lo que permitiría una exploración en mayor profundidad. Para hacer este enfoque posible, y puesto que los datos de las familias adoptivas están sujetos a una estricta confidencialidad, el contacto con la muestra se hizo de forma indirecta. Los departamentos responsables de la adopción de cada una de las regiones indicadas enviaron al equipo de investigación la lista de familias que habían hecho adopciones en los años que nos interesaban, indicando sólo el país de origen del niño o de la niña, su edad a la llegada y el año en el que llegó. Cada una de las familias llevaba un código numérico, de manera que no fuera posible identificar a la familia para cumplir con el mandato legal de protección de la intimidad. Una vez realizado el muestreo con esos datos, se envió a cada departamento de adopción el listado de las familias muestreadas y el de las familias sustitutas o de reemplazo para caso de negativa a participar en el estudio. El departamento de adopción de cada región se puso en contacto con las familias seleccionadas para pedirles su acuerdo en participar en el estudio. En caso afirmativo,

el equipo de investigación recibía ya los datos de identificación de cada familia y se iniciaban los contactos. En los casos en que hubo problemas para contactar con la familia o para contar con su participación, el departamento de adopción contactaba con la primera de las familias de la lista sustituta. Resulta difícil estimar con precisión absoluta el porcentaje de familias que prefirieron no participar en el estudio, pues la lista de suplentes se usó no sólo en los casos de negativa a participar, sino también cuando la familia no pudo ser localizada o por otras circunstancias (ausencia temporal de los padres y madres, circunstancias familiares especiales como la muerte de una abuela, etc.). Para la muestra en general, el porcentaje de negativas a participar puede estimarse en un 20%. Sin embargo, en una de las regiones de la muestra (Castilla y León), se dio un problema concreto con las familias que habían adoptado en Rumanía, con un porcentaje de rechazos a participar próximo al 50%. Los contactos posteriores indicaron que se trataba, sobre todo, de familias cuyas adopciones se habían complicado y que estaban descontentas con el departamento de adopción de la administración. De los 35 niños y niñas de origen rumano de la muestra, 15 proceden de esa región. Es probable que esos 15 niños y niñas no sean una buena representación de los niños y niñas rumanos adoptados en esa región.

Las familias fueron visitadas cuando sus hijos adoptivos llevaban con ellas una media de tres años. Cada familia fue visitada en su hogar por dos personas previamente entrenadas en la recogida de datos. Respecto a este procedimiento, tres cosas merecen ser destacadas. En primer lugar, el estricto respeto a la confidencialidad de los datos de estas familias, que en ningún momento han sido conocidos por el equipo de investigación excepto a partir del momento en que las familias habían dado su conformidad al respecto. En segundo lugar, la colaboración tanto del personal del Ministerio como del de las comunidades autónomas participantes, sin cuya contribución la investigación no hubiera sido posible. Finalmente, debe mencionarse el valor incalculable que tiene la aceptación de las familias para formar parte de este estudio; al declarar que estaban dispuestas a participar, las familias eran ya plenamente conscientes de lo que ello suponía de tiempo, de esfuerzo, de compartir aspectos de su intimidad familiar con otras personas, de facilitar innumerables informaciones y la posibilidad de que sus hijos fueran objeto de estudio.

2. Instrumentos

En el momento de ponerse en contacto con la familia se les solicitó que el día antes de la visita pesaran y midieran a su hijo o hija en una farmacia, así como que tuvieran disponibles los datos de peso, talla y perímetro cefálico de sus hijos e hijas en el momento de la adopción. Durante la visita, se recogían los datos impresos de talla y peso obtenidos en la farmacia y se medía el perímetro cefálico de los niños y niñas. Posteriormente, se halló el índice de masa corporal a partir de la razón entre el peso (expresado en kilogramos) y el cuadrado de la talla (expresada en metros). Para poder interpretar los datos antropométricos y evaluar la distancia a la que se encuentran respecto a la media de la población de referencia, se convirtieron las medidas en puntuaciones *z* o desviaciones estándar, que es el sistema de clasificación recomendado por la OMS (OMS, 1995). Una vez calculadas las puntuaciones *z*, y nuevamente siguiendo la recomendación de la OMS (Sullivan y Gorstein, 1999) se eliminaron las puntuaciones extremas (por encima de +6 o por debajo de -6).

Para la comparación de los indicadores antropométricos con poblaciones de referencia, una serie de razones nos hicieron decantarnos por el uso de las referencias del país adoptante, que en nuestro caso es España (Hernández et al., 2002): la inexistencia hasta el momento del estudio de referencias internacionales para el perímetro cefálico; la dificultad para conseguir las referencias de los países de origen de los niños y niñas de nuestro estudio, que además en la mayoría de los casos no se encuentran actualizadas; el hecho de que algunas investigaciones demuestran que no existen diferencias significativas entre grupos étnicos; y la recomendación de algunos autores del uso de referencias del país adoptante (De Aranzabal, 2003).

Por lo que se refiere al desarrollo psicológico, los padres y madres eran entrevistados con la versión retrospectiva de la prueba de screening de Battelle (Newborg, Stock y Wnek, 1988) para determinar el cociente de desarrollo de los niños y de las niñas al llegar. Dichas escalas se eligieron por la comodidad de disponer de una prueba sencilla para establecer el nivel de desarrollo global (screening), así como por permitir además un análisis pormenorizado de los niveles de desarrollo y competencia en diversas áreas (personal/social, adaptativa, motora, comunicación, cognitiva) y una valoración global del desarrollo. El entrevistador explicaba a los padres y madres el objetivo de esta parte de la entrevista, les instaba a recordar lo más fielmente posible el estado y las capacidades del niño o la niña en los primeros días de su convivencia, y comenzaba por los ítems que correspondían con la edad del niño o de la niña en aquel momento, retrocediéndose hasta donde fuera necesario para encontrar el punto de partida o suelo de la prueba y avanzando después hasta alcanzar el techo, es decir, hasta llegar al punto en el que ya no se obtuvieran respuestas afirmativas. Puesto que tres años después de su llegada algunos niños y niñas ya no podían ser examinados con las escalas Battelle, éstas se usaron con los que en el momento del examen tenían 6 años o menos, mientras que los mayores de 6 años fueron estudiados con WISC-r (Weschler, 1974), según correspondiera por su edad cronológica. Se dispone de baremos para la población española tanto de Battelle como de WISC.

Es importante señalar que se trata de dos escalas bastante diferentes. La escala Battelle evalúa el desarrollo en general, tomando en consideración dimensiones como la adaptación al medio, el desarrollo motor, el personal-social, el lenguaje o el desarrollo cognitivo. Lo que aporta es, pues, un índice global de desarrollo psicológico. El Wisc-r es un test de capacidad intelectual, con dos áreas diferenciadas (la verbal y

la manipulativa), pero referidas al ámbito cognitivo, por lo que lo que aporta es un cociente intelectual. No obstante, la escala Battelle (también en su versión *screening*) y la escala Wisc-r otorgan la posibilidad de transformar las puntuaciones directas en edades equivalentes, que indican las puntuaciones directas medias correspondientes a una edad, por lo que a partir de ellas se ha calculado un *índice de desarrollo psicológico general* a través de la diferencia entre la edad equivalente obtenida en la prueba y la edad cronológica del menor en el momento de la adopción, de forma que la puntuación resultante refleja los meses que el niño o la niña se encuentra adelantado (si la puntuación es superior a 0) o retrasado (si es inferior a 0) respecto al nivel de desarrollo psicológico general esperado para su edad cronológica. Por otro lado, las puntuaciones directas obtenidas en la prueba también se han convertido en puntuaciones típicas (de la manera indicada en la prueba) para obtener de esta forma una puntuación estandarizada que sirva como criterio para definir la presencia de problemas en el desarrollo psicológico inicial.

Por otra parte, los padres y madres fueron entrevistados para recoger toda la información disponible de la historia preadoptiva: tiempo con la madre biológica, conocimiento de la existencia o no de algún tipo de maltrato antes de la adopción, si estuvieron o no institucionalizados y la duración de la institucionalización, si estuvieron o no en alguna forma de acogimiento familiar y otras informaciones relevantes (estructura familiar, edad del niño o niña a la llegada y en el momento de la recogida de datos...). Esta información se extrajo a partir de la entrevista EPAI o *Entrevista sobre el Proceso de la Adopción Internacional* (Sánchez-Sandoval, Palacios y León, 2002).

Es necesario aclarar que mucha de la información que se expondrá en este trabajo procede del trabajo directo con los niños y las niñas, así como con sus madres y sus padres. Sin embargo, una parte de los datos procede de la información que los padres y madres han suministrado, que puede estar sujeta a distorsiones, por ejemplo, debidas al paso del tiempo.

3. Muestra

La muestra de este trabajo de investigación se compone de un total de 289 niños y niñas adoptados. Estas adopciones son internacionales y se realizaron en las Comunidades de Andalucía (el 12,1% de las familias), Castilla y León (el 37,4%), Madrid (el 35,6%) y Valencia (el 14,9%).

Tabla 1. Distribución de las familias de la muestra por Comunidades

	Frecuencia	Porcentaje
Andalucía	35	12,1
Castilla y León	108	37,4
Madrid	103	35,6
Valencia	43	14,9
Total	289	100

Algo más del 97% de las adopciones realizadas por estas familias se llevaron a cabo entre el año 1997 y el 2001, aunque el conjunto de estas adopciones abarca el periodo comprendido entre el año 1993 y el 2003, como muestra la tabla siguiente.

Tabla 2. Año en el que los niños y niñas del estudio llegaron a España

	Frecuencia	Porcentaje
1993	1	0,35
1994	1	0,35
1995	1	0,35
1996	1	0,35
1997	27	9,34
1998	34	11,76
1999	53	18,34
2000	114	39,45
2001	52	17,99
2002	3	1,04
2003	2	0,69
Total	289	100

Los niños y niñas adoptados de nuestro estudio proceden de seis países distintos: China, Colombia, Federación Rusa, Guatemala, India y Rumanía. A pesar de que la distribución por países de los adoptados de la muestra está bastante proporcionada, China es el país del que procede una mayor proporción de los adoptados del estudio, mientras que Guatemala o Rumanía son los países de los que proceden las menores proporciones, diferencias que se explican por la representación real de las adopciones de estos países entre el total de adopciones realizadas.

Tabla 3. Países de procedencia de los niños y niñas de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje
China	70	24,2
Colombia	52	18
Federación Rusa	51	17,6
Guatemala	30	10,4
India	51	17,6
Rumanía	35	12,1
Total	289	100

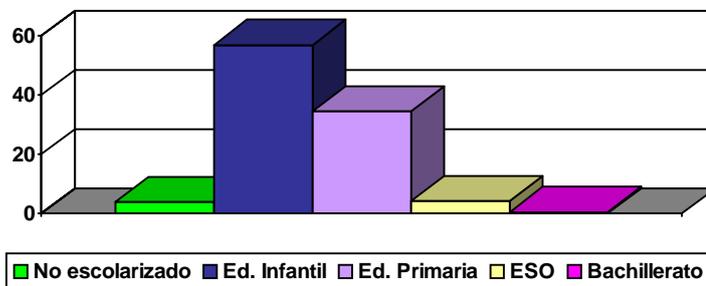
Centrándonos en el género, el 63,7% de la muestra son niñas (un total de 184), mientras que el 36,3% son niños (un total de 105), diferencias relacionadas con el predominio de adopción de niñas en algunos países de procedencia, como se verá posteriormente. La edad media en el momento de la llegada a España es de 34,9 meses (algo menos de tres años). Más de la mitad de los niños y las niñas llegaron a las familias antes de los tres años de edad (67,1%), mientras que el 18,7% tenía entre 3 y 6 años a la llegada, el 10% entre 6 y 9 y sólo un 4,2% tenía más de 9 años en el momento de la adopción. Cuando se visita a las familias, la edad media se situaba en 72,8 meses (algo más de 6 años), el 11,1% tenía menos de 3 años, el 45% tenía entre 3 y 6 años, el 30,1% entre 6 y 9 años y el 13,8% tenía más de 9 años. En el momento de la visita, los niños y las niñas llevaban en las familias adoptivas una media de 37,9 meses (poco más de tres años), de forma que un 23,9% llevaba menos o igual a dos años, un 32,5% llevaba entre 2 y 3 años, un 20,4% entre 3 y 4 años y un 23,2% llevaba más de 4 años en la familia adoptiva.

Tabla 4. Edad de llegada, edad en el momento del estudio y tiempo en la familia adoptiva de los niños y niñas de la muestra

	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Edad en el momento de la adopción (meses)	34,9	31,75	2	173
Edad en el momento del estudio (meses)	72,8	36,95	16	236
Tiempo que llevan en sus familias adoptivas (meses)	37,9	16,96	4	108
			Frecuencia	Porcentaje
Edad la llegada	Hasta 3 años (0-35 meses)		194	67,1%
	De 3 a 6 años (36-71 meses)		54	18,7%
	De 6 a 9 años (72-107 meses)		29	10%
	Más de 9 años		12	4,2%
Edad en el momento del estudio	Hasta 3 años (0-35 meses)		32	11,1%
	De 3 a 6 años (36-71 meses)		130	45%
	De 6 a 9 años (72-107 meses)		87	30,1%
	Más de 9 años		40	13,8%
Tiempo en la familia adoptiva	Hasta 2 años (0-24 meses)		69	23,9%
	Entre 2 y 3 años (25-36 meses)		94	32,5%
	Entre 3 y 4 años (37-48 meses)		59	20,4%
	Más de 4 años		67	23,2%

En cuanto al nivel de escolarización de los niños y las niñas en el momento en que se recogieron los datos, el 3,8% no estaba escolarizado, mientras que el 57% estaba escolarizado en Educación Infantil, el 34,6% en Educación Primaria, el 4,2% cursaba Educación Secundaria y el 0,4% estudiaba en Bachillerato.

Figura 4. Nivel de escolarización de los niños y las niñas



Centrándonos ahora en las familias adoptivas, respecto a la estructura familiar los datos muestran que la mayoría de las familias del estudio son biparentales (87,5%). Estas parejas llevan conviviendo una media de 16,14 años (desv. tip. =5,84), en un intervalo que oscila entre los 5 y los 34 años. El porcentaje de familias monoparentales se eleva a un 12,5%, entre las cuales encontramos a 32 personas solteras, 2 viudas y 2 separadas. En el 10% de los hogares del estudio convive junto a la pareja o la persona sola que adopta una o dos personas más.

Tabla 5. Estructuras familiares en la muestra

	Frecuencia	Porcentaje
Biparental	253	87,5
Soltero/a	32	11,1
Viudo/a	2	0,7
Separado/a	2	0,7
Total	289	100

Respecto al nivel de estudios de los adoptantes, predomina un nivel educativo universitario entre padres (50,2%) y madres (52,6%), seguido de un nivel de enseñanzas medias (32,1% de los padres y 33,9% de las madres) y sólo una pequeña proporción de padres y madres tienen un nivel educativo bajo, que se corresponde con los que, como máximo, tienen cursada la educación primaria (17,7% de los padres y 13,5% de las madres). En el momento de la entrevista, las edades medias de padres y madres son bastante similares: los padres tienen una media de edad de 44,34 años (desv. tip. =6,24), oscilando en un intervalo que va desde los 32 a los 80 años, y la media de edad de las madres es de 43,25 años (desviación típica =5,7), con un intervalo que comprendido entre los 26 y los 64 años.

Tabla 6. Nivel de estudios de los adoptantes

	Padres (porcentaje)	Madres (porcentaje)
Nivel educativo alto	50,2	52,6
Nivel educativo medio	32,1	33,9
Nivel educativo bajo	17,7	13,5

En cuanto al tipo de vivienda, el 60,2% de las familias vive en pisos, el 14,2% en un chalet, el 12,8% en una casa adosada y el 10% en una casa en un pueblo. La calidad de estas viviendas, a juicio de las personas que se desplazaron hasta ellas para la recogida de datos, se consideró baja sólo en el 2% de los casos. Estas familias tienen una media de 1,68 hijos e hijas (desv. tip. =0,87). El número de niños y niñas adoptados por familia oscila entre 1 y 4. El 27% de las familias de la muestra tiene más de un hijo o hija adoptado: 68 adoptaron a dos (23,5%), 9 adoptaron a tres (3,1%) y una familia adoptó a cuatro niños (0,4%).

Tabla 7. Número de hijos adoptados

	Frecuencia	Porcentaje
Un hijo adoptado	211	73
Dos hijos adoptados	68	23,5
Tres hijos adoptados	9	3,1
Cuatro hijos adoptados	1	0,4
Total	289	100

En el 23,2% de los hogares los niños y las niñas adoptados conviven con hijos biológicos. Se trata de un sólo hijo biológico en la mayoría de estos hogares (13,5%), aunque 19 familias tienen dos (6,6%), 8 familias tienen tres (2,8%) y una familia tiene 4 hijos biológicos (0,3%).

Tabla 8. Número de hijos biológicos

	Frecuencia	Porcentaje
Ningún hijo biológico	222	76,8
Un hijo biológico	39	13,5
Dos hijos biológicos	19	6,6
Tres hijos biológicos	8	2,8
Cuatro hijos biológicos	1	0,3
Total	289	100

El 6,5% de las parejas del estudio tuvo hijos biológicos tras la adopción; seis parejas tuvieron un hijo biológico y otras seis tuvieron dos. La edad media del hijo adoptado en el momento del nacimiento del biológico fue de 49,8 meses (desv. tip.=29,35). Fueron 60 las familias que adoptaron tras haber tenido un hijo biológico (20,4%): cincuenta y dos familias adoptaron un hijo, cuatro adoptaron dos y otras cuatro adoptaron tres. La edad media del hijo biológico en el momento de la adopción es de 141,41 meses (desv. tip. =86,24). Hubo 55 familias (18,7%) que llevaron a cabo más de una adopción en distintos momentos. El primer hijo adoptado tenía una media de edad de casi 5 años (58,75 meses, desv. tip.=30,66) en el momento de la segunda adopción. Por otro lado, un total de 28 familias (9,7%) llevaron a cabo una adopción múltiple.

Capítulo 3. Resultados.

Esta sección está orientada al análisis del desarrollo físico y psicológico de los niños y las niñas que son adoptados internacionalmente. Los resultados se presentan en tres bloques:

-En primer lugar, se llevará a cabo una descripción de los factores relativos a la historia preadoptiva y a las características generales de los grupos de niños y niñas procedentes de cada uno de los países de origen que constituyen la muestra.

-Un segundo bloque está destinado a la evaluación del desarrollo físico. En un primer momento se analizará la situación del desarrollo físico de los niños y las niñas de adopción internacional de la muestra en el momento de la llegada a las familias adoptivas. Para ello se hará una descripción general de todos los indicadores antropométricos examinados, para analizar posteriormente en profundidad la talla inicial y los factores relacionados con su estado, así como las características del grupo que presenta un retraso severo en la talla a la llegada. Estos análisis se harán también con el perímetro cefálico inicial y el grupo que presenta un retraso severo en este indicador en el momento de la adopción. Una segunda parte de este bloque se centrará en la evolución y situación en el momento del estudio del desarrollo físico de los niños y niñas de la muestra, para lo cual se seguirá una lógica similar a la que se ha llevado en el momento inicial, analizando en un primer momento la situación general de los indicadores en el momento actual y los factores relacionados con el mismo, para centrarnos posteriormente en la evolución y situación de la talla en este momento, así como en el avance del grupo con retraso severo inicial, del mismo modo que se hará con el perímetro cefálico y con la evolución del grupo con retraso severo inicial.

- Un tercer bloque está reservado al análisis del desarrollo psicológico general, para el cual se seguirá un esquema similar al del desarrollo físico, de forma que en primer lugar se analizará la situación del desarrollo psicológico general en el momento de la llegada y los factores relacionados con él y se examinarán las características del grupo con problemas severos en el desarrollo psicológico inicial. Posteriormente, se analizará la situación actual y la evaluación del desarrollo psicológico, así como los factores que puedan estar relacionados con su estado, centrándonos finalmente en la evolución del grupo que presentaba problemas severos iniciales. A lo largo de este bloque también se irá analizando la relación entre el desarrollo físico y el psicológico.

En el primer bloque, centrado en las características de niños y de niñas procedentes de los distintos países, se llevará a cabo un análisis descriptivo que en el caso de las variables cualitativas se centrará en frecuencias y porcentajes, mientras que para el caso de las variables cuantitativas se expondrán las medias, desviaciones típicas, los mínimos y los máximos. En los otros dos bloques, además de este tipo de

análisis, cuando la variable criterio examinada sea una variable cuantitativa (puntuaciones z, índice del desarrollo psicológico general), se harán análisis descriptivos a través de la evaluación del grado de variación conjunta existente entre dos ó más variables (correlaciones lineales simples, análisis de regresión lineal) y se llevarán a cabo pruebas de contrastes sobre medias (pruebas T para muestras independientes y relacionadas, análisis de varianza de un factor). Además, estos análisis también se acompañarán de pruebas no paramétricas (*Ji-cuadrado*) para examinar la relación de los grupos creados en función de la afectación inicial de los indicadores físicos y psicológicos con otras variables cualitativas.

1. Características de los niños y las niñas de cada uno de los países de procedencia

En este primer apartado se van a describir las características generales, así como las peculiaridades de la historia previa a la adopción de los niños y de las niñas procedentes de cada uno de los países de origen.

Tabla 9. Niños y niñas procedentes de China

	Media	D.T.	Mínimo	Máximo
Edad llegada (meses)	19,76	13,23	7	75
Edad actual (meses)	57,79	21,48	18	120
Tiempo en familia adoptiva (meses)	38,03	14,83	8	70
	Frecuencia		Porcentaje	
Chicas	68		97,1%	
Chicos	2		2,9%	
Niños que estuvieron institucionalizados	60		88,2%	
Niños que estuvieron un tiempo con su madre biológica	17		40,5%	
Niños con experiencia de maltrato	15		33,3%	
	Media	D.T.	Mínimo	Máximo
Duración de la institucionalización (meses)	13,05	8,83	0	45
Duración estancia con la madre biológica (meses)	3,14	8,98	0	48

Respecto a las características generales de los adoptados procedentes de China, que representan el 24,2% de la muestra global, se trata de un grupo constituido en su mayoría por niñas adoptadas a una edad temprana que llevan en el momento del estudio un tiempo relativamente prolongado en las familias adoptivas en comparación con los procedentes de otros países. Respecto a la historia previa de este grupo, un alto porcentaje estuvo institucionalizado antes de la adopción y la duración del periodo institucional no fue muy prolongada. El porcentaje de niños y de niñas que estuvieron al cuidado de sus madres biológicas fue bajo y la duración de la estancia con ellas reducida. Por otro lado, la proporción de niños y de niñas que fueron

maltratados antes de la adopción fue baja en comparación con los procedentes de los otros grupos de procedencia.

Tabla 10. Niños y niñas procedentes de Colombia

	Media	D.T.	Mínimo	Máximo
Edad llegada (meses)	37,77	29,36	2	124
Edad actual (meses)	80,37	37,79	22	192
Tiempo en familia adoptiva (meses)	42,60	18,95	13	108
	Frecuencia		Porcentaje	
Chicas	19		36,5%	
Chicos	33		63,5%	
Niños que estuvieron institucionalizados	19		38,8%	
Niños que estuvieron un tiempo con su madre biológica	27		62,8%	
Niños con experiencia de maltrato	26		61,9%	
	Media	D.T.	Mínimo	Máximo
Duración de la institucionalización (meses)	5,35	10,31	0	36
Duración estancia con la madre biológica (meses)	11,35	16,17	0	60

Respecto al género, en el grupo de los procedentes de Colombia, que representan el 18% de los niños y las niñas de la muestra global, es en el que se encuentra una proporción más elevada de chicos, los cuales llevan en las familias adoptivas un tiempo prolongado. El porcentaje de los que estuvieron institucionalizados fue bajo y la prolongación de la estancia en los centros corta. Fue el grupo que en mayor proporción pasó un tiempo al cuidado de las madres biológicas, aunque la duración no fue excesivamente larga. Por otra parte, el porcentaje de los que sufrieron malos tratos en este grupo fue muy elevado.

Tabla 11. Niños y niñas procedentes la Federación Rusa

	Media	D.T.	Mínimo	Máximo
Edad llegada (meses)	51,27	41,91	7	161
Edad actual (meses)	85,76	52,74	19	236
Tiempo en familia adoptiva (meses)	34,49	16,94	9	105
	Frecuencia		Porcentaje	
Chicas	22		43,1%	
Chicos	29		56,9%	
Niños que estuvieron institucionalizados	51		100%	
Niños que estuvieron un tiempo con su madre biológica	27		58,7%	
Niños con experiencia de maltrato	29		65,9%	
	Media	D.T.	Mínimo	Máximo
Duración de la institucionalización (meses)	28,21	25,71	4	125
Duración estancia con la madre biológica (meses)	20,2	27,77	0	108

Los niños y las niñas procedentes de la Federación Rusa representan un 17,6% de la muestra global. La distribución por género en este grupo está bastante equilibrada entre chicos y chicas. La adopción fue más tardía en este grupo que en los procedentes de los otros países. Todos los niños y las niñas procedentes de la Federación Rusa estuvieron institucionalizados antes de la adopción, siendo la duración del periodo institucional muy prolongada. El porcentaje de los que pasaron un tiempo con la madre biológica es muy elevado y el tiempo pasado con ella es en este grupo el más prolongado con respecto a los que vinieron de otros países. Por último, entre los que llegaron de la Federación Rusa se encuentra la mayor proporción de niños y de niñas que sufrieron una experiencia de malos tratos antes de la adopción.

Tabla 12. Niños y niñas procedentes de Guatemala

	Media	D.T.	Mínimo	Máximo
Edad llegada (meses)	18,47	20,62	2	79
Edad actual (meses)	67,13	25,79	26	138
Tiempo en familia adoptiva (meses)	48,67	18,21	17	79
	Frecuencia		Porcentaje	
Chicas	18		60%	
Chicos	12		40%	
Niños que estuvieron institucionalizados	10		34,5%	
Niños que estuvieron un tiempo con su madre biológica	8		33,3%	
Niños con experiencia de maltrato	11		44%	
	Media	D.T.	Mínimo	Máximo
Duración de la institucionalización (meses)	5,96	10,10	0	33
Duración estancia con la madre biológica (meses)	7,81	17,48	0	70

En el grupo de niños y de niñas procedentes de Guatemala, que representan un 10,4% de la muestra global, la proporción de chicas es algo superior que la de chicos. La edad en la que este grupo fue adoptado resultó la más temprana de todas, siendo por otro lado, el grupo que lleva más tiempo en las familias adoptivas. Entre los procedentes de Guatemala se encuentra la menor proporción de niños y de niñas que estuvieron institucionalizados antes de la adopción. La duración de este periodo fue breve. Además, en este grupo el periodo de estancia con la madre biológica fue corto y, junto a Rumanía, Guatemala es el país con un porcentaje menor de niños y de niñas que pasaron un tiempo con ella.

Tabla 13. Niños y niñas procedentes de India

	Media	D.T.	Mínimo	Máximo
Edad llegada (meses)	45,82	38,93	7	173
Edad actual (meses)	79,92	40,91	16	214
Tiempo en familia adoptiva (meses)	34,1	15,47	4	75
	Frecuencia		Porcentaje	
Chicas	44		86,3%	
Chicos	7		13,7%	
Niños que estuvieron institucionalizados	51		100%	
Niños que estuvieron un tiempo con su madre biológica	24		53,3%	
Niños con experiencia de maltrato	15		41,7%	
	Media	D.T.	Mínimo	Máximo
Duración de la institucionalización (meses)	30,6	24,77	7	125
Duración estancia con la madre biológica (meses)	13,23	25,3	0	84

El grupo de adoptados procedentes de India, que representan un 17,6% de la muestra global, se caracteriza por el predominio de niñas, la edad tardía en la que se produce la adopción y el poco tiempo que llevan en las familias adoptivas. Todos los niños y las niñas procedentes de este país estuvieron institucionalizados antes de la adopción y el periodo de institucionalización de este grupo fue el más prolongado respecto a los procedentes de otros países. La mitad de ellos, aproximadamente, estuvo un tiempo conviviendo con sus madres biológicas, con las que pasaron un tiempo prolongado. Por otro lado, el porcentaje de los que fueron maltratados en el periodo preadoptivo es bajo en relación a las proporciones de otros grupos.

Tabla 14. Niños y niñas procedentes de Rumanía

	Media	D.T.	Mínimo	Máximo
Edad llegada (meses)	34,89	20,36	8	104
Edad actual (meses)	66,83	20,55	34	134
Tiempo en familia adoptiva (meses)	31,94	13,59	19	94
	Frecuencia		Porcentaje	
Chicas	13		37,1%	
Chicos	22		62,9%	
Niños que estuvieron institucionalizados	33		94,3%	
Niños que estuvieron un tiempo con su madre biológica	10		33,3%	
Niños con experiencia de maltrato	8		33,3%	
	Media	D.T.	Mínimo	Máximo
Duración de la institucionalización (meses)	25,14	18,63	0	80
Duración estancia con la madre biológica (meses)	2,97	7,39	0	24

El grupo de Rumanía, que concentra a un porcentaje superior de chicos que de chicas y que representa a un 12,1% de la muestra global, fue adoptado a una edad no demasiado alta en comparación con los procedentes de otros países y lleva menos tiempo en las familias adoptivas que los de otros grupos de origen. Casi todos los niños y las niñas de este grupo han estado institucionalizados y la duración de la institucionalización ha sido prolongada. Junto a Guatemala, Rumanía representa el país con un porcentaje inferior de niños y de niñas que han pasado un tiempo con sus madres biológicas, siendo la duración de la estancia con las mismas la inferior respecto al resto de los grupos. El porcentaje de niños y de niñas que sufrieron malos tratos antes de la adopción es bajo en comparación con los de otras procedencias.

2. Desarrollo físico de niños y de niñas de adopción internacional

2.1 Situación inicial del desarrollo físico

En este bloque se examinará el estado del desarrollo físico de los niños y las niñas del estudio en el momento en el que fueron adoptados. El desarrollo físico inicial fue examinado a partir de la información aportada por los padres y madres sobre las medidas antropométricas a la llegada a la familia adoptiva. Estas medidas hacen referencia a la talla, el peso y el perímetro cefálico. Posteriormente, se halló el índice de masa corporal a través de las medidas de peso y talla de cada niño y cada niña. Para poder interpretar los datos antropométricos y evaluar la distancia a la que se encuentran respecto a la media de la población de referencia (en este caso la de los niños y niñas españoles de la misma edad), se convirtieron las medidas en puntuaciones *z* o desviaciones estándar (Hernández et al., 2002), pasando a convertirse en los indicadores de talla para la edad, peso para la edad, perímetro cefálico para la edad e índice de masa corporal para la edad, aunque haremos referencia a ellos simplemente como talla, peso, perímetro cefálico e índice de masa corporal (I.M.C.). Tras una descripción general de todos los indicadores examinados, se analizará en profundidad la talla y el perímetro cefálico, ya que son éstos los indicadores antropométricos que parecen estar más relacionados con la historia de privación, como se comentó previamente (Church y Katigak, 1991; Ivanovic et al., 2000, 2004).

En la siguiente tabla aparecen reflejados los promedios de los indicadores antropométricos de los niños y las niñas de la muestra en el momento de la llegada. Las puntuaciones *z* de los indicadores se sitúan en torno a 1,5 desviaciones estándar por debajo de la media en talla y peso, con una puntuación aún inferior en perímetro cefálico. Concretamente, la puntuación *z* en talla es de -1,46, en peso es de -1,48 y en perímetro cefálico la puntuación es de -1,71, lo que pone de manifiesto que los niños y las niñas del estudio presentan un importante retraso en el desarrollo físico a la llegada a las familias, ya que el estado de los distintos indicadores se sitúa muy por debajo de la media.

Tabla 15. Puntuaciones *z* de los indicadores antropométricos en el momento de la adopción.

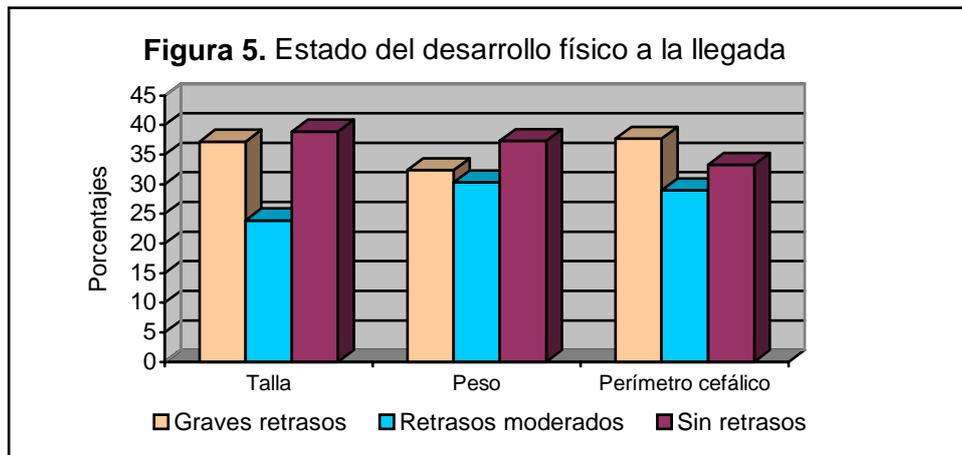
Indicadores antropométricos	N	Puntuación <i>z</i> media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Talla	218	-1,46	2,02	-6	4,7
Peso	244	-1,48	1,38	-5,49	3,5
Perímetro cefálico	69	-1,71	1,61	-5,81	2,79

Para contrastar el estado de los distintos indicadores antropométricos iniciales se han comparado los promedios, comprobándose que no existen diferencias significativas entre las puntuaciones medias de la talla y del peso [$t(209)=-0.815$, $p=.416$] o del perímetro cefálico [$t(65)=.692$, $p=.491$], ni entre la del peso y la del perímetro cefálico [$t(68)=-0.650$, $p=.518$]. Estos datos indican que aunque el grado de

afectación del perímetro craneal es algo superior, el retraso en el desarrollo físico en el momento de la adopción es generalizado a todos los indicadores examinados.

En cuanto a la relación entre los distintos indicadores antropométricos en el momento inicial, se comprueba que el estado de la talla en el momento de la llegada se encuentra correlacionado de forma positiva y significativa con el estado del peso ($r=.554$, $p=.000$) y del perímetro cefálico ($r=.565$, $p=.000$) en ese mismo momento, al igual que ocurre entre el peso y el perímetro cefálico iniciales ($r=.581$, $p=.000$). Por tanto, todos los indicadores de crecimiento (talla, peso y perímetro cefálico) a la llegada de estos niños y niñas a España se encuentran muy relacionados entre sí, de forma que puntuaciones más bajas en uno u otro indicador se asocian a puntuaciones más retrasadas en los demás parámetros, y al contrario, puntuaciones más elevadas en alguno de los indicadores se asocian a puntuaciones más altas en los demás.

Por otro lado, se han generado tres grupos en función del grado de afectación del desarrollo físico inicial, de forma que uno de ellos incluye a los niños y las niñas que presentan un retraso severo a la llegada (con una puntuación z inferior a 2 desviaciones estándar por debajo de la media), un segundo grupo está compuesto por aquellos que muestran un retraso moderado (con una puntuación z superior o igual a -2 pero inferior a -1 desviación estándar) y un último grupo está formado por aquellos que presentan un estado adecuado (con una puntuación z igual o superior a -1 desviación estándar). El porcentaje de niños y de niñas que presenta en el momento de la llegada a España un retraso severo (una puntuación z inferior a -2 desviaciones estándar) en alguno de los parámetros físicos es bastante elevado. Concretamente, el 37,2% de los niños y las niñas del estudio muestra un retraso severo en la talla en el momento de la adopción. Respecto al peso, es el 32,4% el que presenta un grave retraso a la llegada y el 37,7% de los niños y niñas estudiados muestra un retraso de este tipo en el perímetro cefálico. Respecto a los retrasos moderados (puntuación z igual o superior a -2 pero inferior a -1 desviación estándar), un 23,9% de los niños y las niñas presenta un retraso de estas características respecto a la talla, un 30,3% respecto al peso y un 29% respecto al perímetro cefálico. Por tanto, sólo un 38,9% de los niños y las niñas muestra valores en la media o superiores a la media en talla, mientras que respecto al peso lo hace un 37,3%. En perímetro cefálico, es el 33,3% de los niños y niñas estudiados el que obtiene valores medios o superiores a la media, de forma que éste es el único indicador antropométrico en el que el número de niños y de niñas que presenta un desarrollo inicial adecuado resulta inferior al número de los que presentan graves retrasos en este parámetro (37,7%). Si ahora nos centramos en la evaluación de los niños y las niñas de los cuales se tienen las medidas de todos los indicadores antropométricos iniciales ($N=66$), sólo el 15,15% de ellos presenta un desarrollo adecuado en todos los indicadores físicos en el momento de la adopción, es decir, que no muestra retraso (moderado o severo) ni en talla, ni en peso, ni en perímetro cefálico.



Para poder llevar a cabo otro tipo de aproximación al estado nutricional de los niños y niñas de la muestra, se halló el índice de masa corporal (I.M.C.). Este índice se calcula, como se comentó previamente, a partir de la razón entre el peso y la talla al cuadrado. La puntuación z en I.M.C. en el momento de la adopción se encuentra a una desviación estándar por debajo de la media. Concretamente, la puntuación z es de -1,03. Este índice permite también clasificar a los niños y las niñas con sobrepeso (los que tienen una puntuación z por encima de 2 desviaciones estándar). De esta forma, los resultados muestran que el 2,9% (6 casos) presenta este problema en el momento de la llegada a España.

Los resultados examinados muestran que el estado físico de los niños y las niñas de adopción internacional se encuentra muy afectado en el momento en el que llegan a las familias adoptivas y el retraso parece ser bastante generalizado a todos los indicadores físicos, afectando de forma similar a la talla, el peso y el perímetro cefálico (salvo las tendencias señaladas). La incidencia de retrasos severos es muy alta, superando el porcentaje de niños y de niñas con retraso severo en el perímetro cefálico a los que presentan un estado adecuado en dicho indicador. Y el I.M.C. se encuentra también por debajo de la media, siendo el porcentaje de niños y de niñas que llegan con sobrepeso muy bajo.

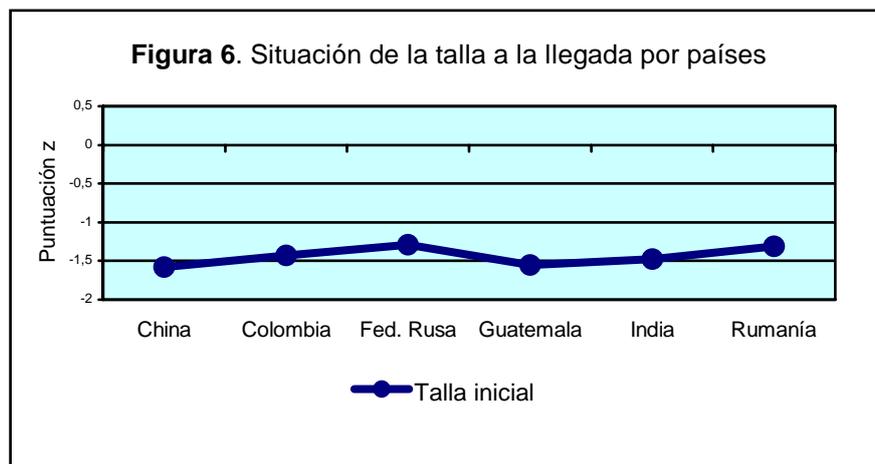
2.2. Factores asociados a la talla a la llegada

Como ha quedado reflejado en el apartado anterior, la estatura de los niños y de las niñas de nuestro estudio en el momento en el que son adoptados muestra un retraso considerable al situarse a casi una desviación y media por debajo de la media. En este bloque analizaremos la relación de la talla inicial con las características de los niños y de las niñas del estudio, así como con factores de sus historias preadoptivas.

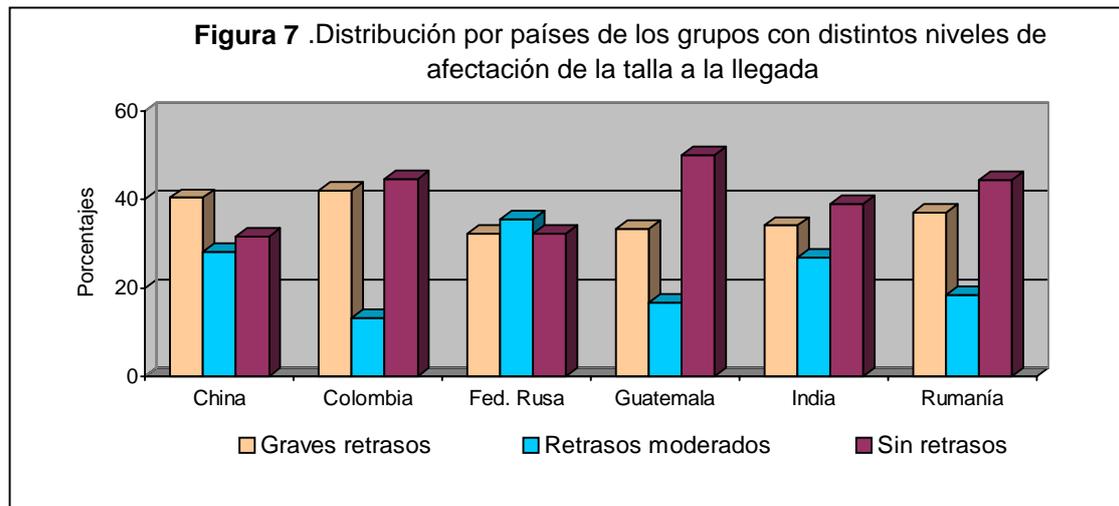
Respecto a las características de los niños y las niñas adoptados, los resultados no muestran que la afectación de la talla inicial se encuentre relacionada con la edad a la que llegaron los niños y las niñas a sus familias ($p=.751$). Por otro lado, el estado de la estatura tampoco difiere en función del género ($p=.646$).

El estado de la talla inicial es bastante similar entre los niños y las niñas de los distintos países ($p=.987$). Las puntuaciones z de la estatura a la llegada son algo más

cercanas a la media en el caso de los procedentes de la Federación Rusa (-1,29) y Rumanía (-1,31) que en el caso de los que vinieron desde China (-1,58), Guatemala (-1,55), India (-1,48) o Colombia (-1,43), pero como puede apreciarse en la figura 6 las diferencias son pequeñas, y todas las medias se encuentran cercanas a 1,5 puntuaciones z por debajo de la media.



Para profundizar un poco más en la relación entre el nivel de la talla inicial y los países de procedencia comparamos la incidencia de los tres grupos generados en función de la afectación de la talla (los que presentan retraso severo, los de retraso moderado y aquellos con un estado adecuado en la talla inicial) en los distintos países. Respecto a los casos de retraso severo a la llegada, los resultados no reflejan diferencias llamativas entre unos países y otros, oscilando los porcentajes entre el 42,1% de niños y niñas en el caso de Colombia (el país con el grupo más numeroso) y el 32,3% de afectados por este tipo de retrasos en la Federación Rusa (el país con el grupo menor), aunque el grupo de niños y niñas que presentan retrasos severos en la talla inicial será analizado detenidamente en el próximo apartado. Respecto a los retrasos moderados, Colombia es ahora el país con el grupo más reducido (13,2%), seguido de Guatemala (16,7%) y Rumanía (18,5%), mientras que la Federación Rusa es el país con el grupo más amplio de niños y de niñas con retrasos moderados (35,5%), seguido de China (28,1%) e India (26,8%). Y los que llegan con una estatura adecuada representan el 50% de los niños y las niñas procedentes de Guatemala, el 44,7% de los de Colombia y el 44,4% entre los de origen rumano, mientras que en China el grupo con una talla inicial adecuada es más reducido (31,6%), al igual que ocurre en la Federación Rusa (32,3%) y en India (39%). Las diferencias entre los países no resultan significativas ($p=.606$).



Respecto a las experiencias preadoptivas, en primer lugar, se ha examinado la influencia de la institucionalización en el estado de la estatura inicial. Los niños y las niñas que estuvieron institucionalizados antes de la adopción presentan una puntuación en talla inferior a la de los que no lo estuvieron (puntuación z de $-1,5$ en los que estuvieron institucionalizados frente a $-1,28$ en los que no). Sin embargo, las diferencias se encuentran alejadas de los niveles significativos ($p=.53$).

Respecto a la relación entre la duración de la institucionalización y el estado de la talla inicial, los datos muestran que, al analizar globalmente el conjunto de la muestra, la prolongación de la estancia en centros y la estatura inicial se asocian de forma negativa, aunque de nuevo sin que la relación alcance un nivel significativo ($p=.293$). Quisimos indagar un poco más en este sentido, para lo cual dividimos la muestra en dos grupos en función de la edad de llegada a las familias, de manera que un grupo está constituido por aquellos que han sido adoptados con una edad inferior o igual a 4 años (intervalo de edad en el que fue adoptado, aproximadamente, el 75% de los niños y de las niñas de la muestra) y el otro grupo está constituido por los que han llegado a las familias siendo más mayores, concretamente con una edad superior a los 4 años. Al analizar la relación entre la duración de la institucionalización y el estado inicial de la estatura en cada uno de los grupos los datos muestran la existencia de una relación negativa y significativa entre ambas variables entre aquellos adoptados con una edad inferior ($r=-0.169$, $p=.035$), de forma que estancias más prologadas en los centros se asocian a puntuaciones inferiores en la talla inicial, y al contrario, estancias más cortas se relacionan con mejores estados en este indicador antropométrico en el momento de la llegada a la familia adoptiva. Sin embargo, en el grupo de adoptados con más de 4 años (y que habían pasado más tiempo institucionalizados, $p=.000$) no se encuentra una relación significativa entre la duración del periodo institucional y la talla inicial ($p=.449$).

Por otro lado, los datos tampoco muestran diferencias en la talla inicial entre los niños y las niñas que convivieron un tiempo con la madre biológica frente a los que no convivieron con ella ($p=.90$), ni tampoco se encuentra una asociación significativa entre el nivel de la estatura a la llegada en función del tiempo de estancia con la madre biológica ($p=.502$). Centrándonos ahora en otra de las experiencias por la que han pasado muchos de los niños y de las niñas de adopción internacional, los resultados

muestran diferencias significativas en la estatura inicial en función de si el niño o la niña ha sido maltratado antes de la adopción, de forma que los que han pasado por una experiencia de malos tratos muestran un mayor grado de afectación en la talla en el momento de la llegada (puntuación z de -1,94 desviaciones estándar) que los que no han pasado por esa experiencia (puntuación z de -1,01 desviaciones estándar), resultando esas diferencias significativas [$t(162)=-3.062, p=.003$].

Resumiendo, los niños y las niñas que sufrieron una experiencia de malos tratos antes de ser adoptados llegaron a España con un peor nivel de la talla, y entre los adoptados con una edad de hasta 4 años las estancias más prolongadas en instituciones se relacionan con mayores niveles de afectación de la estatura a la llegada, relación que desaparece entre aquellos adoptados con más edad. Por otro lado, los datos no muestran que la talla inicial se encuentre relacionada de forma significativa con la estancia con la madre biológica o con la edad de llegada, ni se encuentran diferencias en función del género o del país de procedencia, salvo las tendencias descritas.

2.3. Niños y niñas con retraso severo en la talla inicial

En este apartado se van a examinar en profundidad las características del grupo de niños y de niñas que presentan un retraso severo en la talla (puntuación z inferior a -2 desviaciones estándar) en el momento de la llegada a la familia adoptiva, que representan el 37,2% de la muestra. Para tal fin, se comparará a este grupo con el resto de niños y de niñas del estudio.

En la tabla 16 se presenta la edad media en el momento de la adopción del grupo de niños y niñas con retraso severo en la talla inicial y del grupo sin retraso severo, así como la distribución por género en cada una de las agrupaciones. La distribución por género es bastante similar en ambos grupos, ya que aunque el porcentaje de niños es levemente superior en el grupo con retraso severo, las diferencias quedan lejos de alcanzar niveles significativos ($p=.508$). La edad media de llegada es muy parecida entre los que presentan un retraso severo y entre aquellos que no lo muestran ($p=.813$). Sin embargo, el porcentaje de niños y de niñas que fueron adoptados con una edad inferior o igual a los 12 meses es significativamente inferior entre los que presentan retraso severo de la talla inicial que entre los que no lo presentaban [$\chi^2(1)=5,735, p=0,017$].

Tabla 16. Características generales de los niños y las niñas con retraso severo en la talla inicial frente a los que no presentan este tipo de retraso.

	Niños y niñas con retrasos severos en la talla inicial	Niños y niñas sin retrasos severos en la talla inicial
<i>Edad de llegada (meses)</i>	33,33	34,34
<i>Porcentaje que llegó con una edad ≤ 12 meses</i>	17,3%*	32,1%*
<i>Porcentaje de niñas</i>	60,5%	65%
<i>Porcentaje de niños</i>	39,5%	35%

* $p<.05$, ** $p<.01$

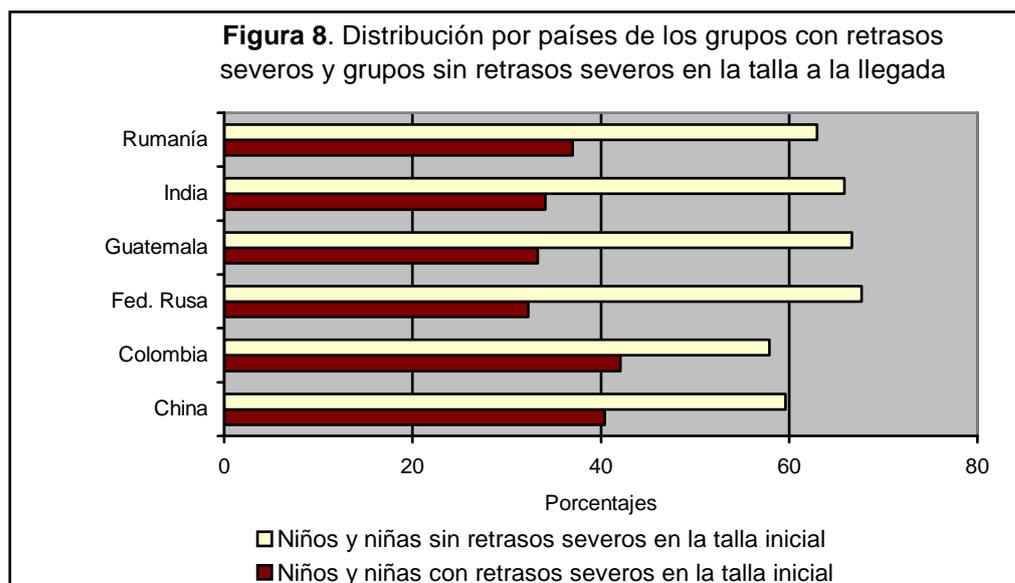
Respecto al estado del perímetro cefálico en el momento de la llegada, el grupo con retraso severo en la estatura inicial presenta una puntuación z en perímetro cefálico inferior a dos desviaciones estándar por debajo de la media (puntuación z de -2,48), mientras que entre los que no presentan retraso severo en la talla el perímetro cefálico se encuentra a una desviación estándar por debajo de la media ($z=-1,09$), resultando estas diferencias significativas [$t(64)=-3,728, p=.000$]. Del mismo modo, resulta más probable encontrar niños y niñas con retrasos severos en el perímetro cefálico inicial (puntuación z inferior a 2 desviaciones estándar por debajo de la media) entre los que presentan retraso severo en la talla a la llegada que entre los que no presentan este tipo de retraso en la estatura, alcanzando la relación niveles significativos [$\chi^2(1)=5,818, p=.016$].

Tabla 17. Características del perímetro cefálico inicial en el grupo con retraso severo de la talla inicial y en el grupo sin retraso severo.

	Niños y niñas con retrasos severos en la talla inicial	Niños y niñas sin retrasos severos en la talla inicial
<i>Puntuación z del perímetro cefálico inicial</i>	-2,48**	-1,09**
<i>% con retrasos severos en perímetro cefálico inicial</i>	51,9%*	23,1%*

* $p<.05$, ** $p<.01$

Como describe la figura 8, la proporción de niños y de niñas con retrasos severos en la talla a la llegada es bastante similar en los distintos grupos según el país de origen, aunque es en el grupo de los procedentes de Colombia en el que se concentra el porcentaje más elevado de niños y de niñas con retrasos severos, mientras que entre los procedentes de la Federación Rusa se encuentra el grupo más reducido de niños y de niñas con retrasos severos en la talla a la llegada a las familias adoptivas.



Respecto a la historia preadoptiva, el porcentaje de niños y de niñas que han estado institucionalizados o que han pasado un tiempo con la madre biológica es

semejante en ambos grupos ($p=.831$ y $p=.640$ respectivamente). De la misma forma, la duración del periodo institucional o la prolongación del periodo con la madre biológica no difieren de forma significativa de un grupo a otro ($p=.837$ y $p=.819$ respectivamente). Sin embargo, en el grupo de niños y de niñas que muestran un retraso severo en la talla inicial, el porcentaje de los que sufrieron malos tratos antes de ser adoptados (61%) es significativamente mayor que en el grupo que no presenta retraso severo en la estatura a la llegada a las familias (38,1%), alcanzando estas diferencias niveles significativos [$\chi^2(1)=7,981$, $p=.005$].

Tabla 18. Características de la historia preadoptiva en el grupo con retraso severo de la talla inicial frente a los que no presentan este tipo de retrasos.

	Niños y niñas con retrasos severos en la talla inicial	Niños y niñas sin retrasos severos en la talla inicial
% de niños y niñas institucionalizados	79,7%	78,5%
Duración de la institucionalización (meses)	18,07	17,51
% de niños y niñas que pasaron un tiempo con sus madres biológicas	50%	46,4%
Duración del periodo con la madre biológica (meses)	11,61	10,86
% de niños y niñas que sufrieron malos tratos	61%**	38,1%**

* $p<.05$, ** $p<.01$

Los resultados comentados en este apartado ponen de manifiesto que los niños y las niñas que presentan un retraso severo en la talla en el momento de la adopción presentan puntuaciones inferiores en el perímetro cefálico inicial y una mayor probabilidad de mostrar retrasos severos en dicho indicador. Por otro lado, muchos de los niños y de las niñas con retrasos severos en la talla inicial han sufrido malos tratos previos a la adopción y constituyen un grupo en el que los adoptados con una edad por debajo o igual al año son muy pocos.

2.4. Factores asociados al perímetro cefálico inicial

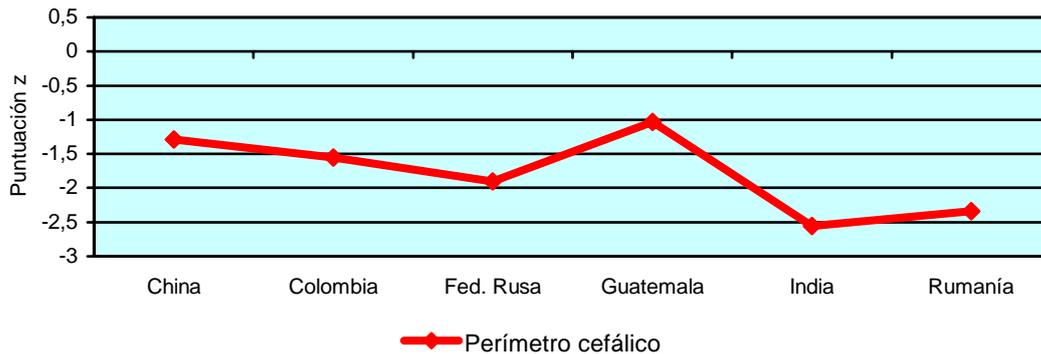
En esta apartado vamos a centrarnos en el estado del perímetro cefálico de los niños y las niñas en el momento de la adopción. El problema con este indicador es que muchos padres y madres adoptivos no tenían esta información acerca del momento de la llegada, por lo que el número reducido de datos que tenemos limita los resultados y la generalización de los mismos.

Cuando los niños y las niñas de adopción internacional son adoptados, el perímetro cefálico se encuentra negativamente afectado, encontrándose la puntuación z lejos de los valores medios (puntuación z de $-1,71$). El perímetro cefálico inicial no se encuentra relacionado de forma significativa con la edad a la que estos niños y estas niñas llegaron a sus familias adoptivas ($p=.613$) y tampoco se observan diferencias significativas en el perímetro cefálico inicial en función del género ($p=.545$).

A pesar de que las diferencias entre los países no resultan significativas ($p=.168$), la inspección de la figura 9 evidencia afectaciones del perímetro cefálico de distinto grado en función de la procedencia. Las puntuaciones z en el perímetro

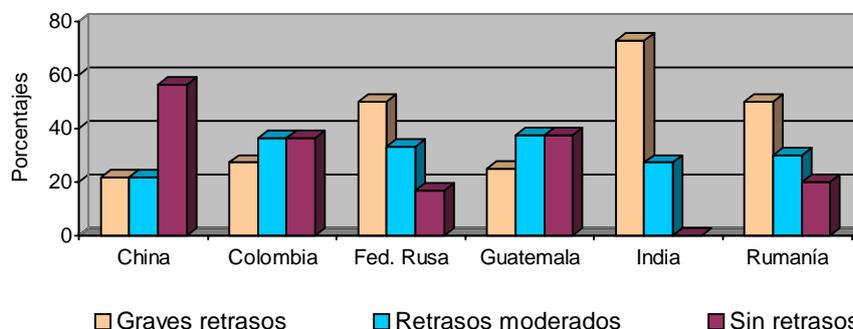
cefálico a la llegada son algo más favorables en el caso de los procedentes de Guatemala (puntuación z de -1,03), de China (puntuación z de -1,29) y de Colombia (puntuación z de -1,55), mientras que los niños y las niñas con mayores afectaciones del perímetro cefálico inicial proceden de India y Rumanía (con puntuaciones medias por debajo de -2 desviaciones estándar), seguidos de la Federación Rusa con una puntuación bastante próxima a las dos desviaciones estándar por debajo de la media.

Figura 9. Perímetro cefálico a la llegada por países



La figura 10 describe claramente tendencias distintas en los niveles de afectación del perímetro cefálico inicial en función de los países de origen de los niños y las niñas de adopción internacional. Como refleja la figura, en el caso de India ninguno de los niños o niñas procedentes de este país presenta un perímetro cefálico sin retrasos, frente a los procedentes de China entre los que más de la mitad no presenta ningún tipo de retraso. Respecto a los casos con problemas severos a la llegada, los resultados reflejan sólidas diferencias entre unos países y otros, oscilando las cifras entre el 72,7% de niños y niñas afectados por este tipo de retraso en India o el 50% en Rumanía y la Federación Rusa frente a el 21,7% en China, aunque el grupo con retraso severo se analizará detenidamente en el próximo apartado. Sin embargo, los contrastes no llegan a alcanzar niveles significativos ($p=.106$).

Figura 10. Distribución por países de los grupos con distintos niveles de afectación del perímetro cefálico a la llegada



Respecto a la historia preadoptiva, al examinar la posible influencia de la experiencia institucional sobre esta variable los resultados muestran que el estado del perímetro cefálico en el momento inicial se encuentra más afectado entre aquellos que

han estado institucionalizados antes de la adopción (puntuación z de $-1,91$) que entre los que no han pasado por esa experiencia (puntuación z de $-1,18$). De hecho, entre los primeros la puntuación roza los límites del retraso severo. Sin embargo, las diferencias no alcanzan niveles significativos ($p=.107$).

Analizando globalmente la muestra, nuestros datos no recogen la existencia de una relación significativa entre la duración de la institucionalización y el estado del perímetro cefálico inicial ($p=0,811$); tampoco si se analiza por separado a los que fueron adoptados con una edad inferior o igual a 4 años de los adoptados con más edad, como ocurriera con la talla inicial. Se ha analizado la relación entre la duración de la institucionalización y el perímetro cefálico en grupos que pasaron distintos periodos de institucionalización, para lo cual se ha dividido la muestra en función de las puntuaciones que indicaban los percentiles 33 y 66 en la variable periodo de institucionalización, de forma que el primer grupo lo constituyen aquellos que habían estado institucionalizados un periodo inferior o igual a 7 meses, el segundo grupo lo integran aquellos que habían pasado entre 8 y 19 meses y el tercer grupo está compuesto por aquellos que habían permanecido institucionalizados durante un periodo igual o superior a 20 meses. Entre aquellos que habían estado en instituciones durante menos tiempo se halló una relación negativa y significativa entre la duración de la institucionalización y la afectación del perímetro cefálico, de forma que a medida que aumentaba la estancia en los centros, disminuía la puntuación del perímetro cefálico ($r=-0,478$, $p=.014$). Sin embargo, en el grupo que permaneció entre 8 y 19 meses o en el que estuvo institucionalizado por un tiempo superior la relación entre ambas variables sigue siendo negativa pero se aleja progresivamente de los niveles significativos ($p=.625$ y $p=.785$ respectivamente).

El grupo de niños y niñas que han pasado por una experiencia de malos tratos antes de la adopción presenta una media en puntuaciones z inferior a 2 desviaciones estándar por debajo de la media ($-2,01$), siendo esta puntuación más baja que entre los que no pasaron por esa experiencia ($-1,69$). Sin embargo, las diferencias no alcanzan niveles significativos ($p=.481$). Tampoco se encuentran diferencias significativas en función de haber vivido un tiempo o no con la madre biológica ($p=.264$), ni una relación significativa entre el tiempo de estancia con ella y el estado del perímetro cefálico inicial ($p=.219$).

Los resultados de este apartado han mostrado una tendencia entre los niños y las niñas que estuvieron institucionalizados antes de la adopción a presentar puntuaciones inferiores en el perímetro cefálico a la llegada y entre aquellos que pasaron menos tiempo institucionalizados se encuentra una relación negativa y significativa entre la duración de la estancia en la institucionalización y el estado de este indicador antropométrico en el momento de la adopción, mientras que entre los institucionalizados durante estancias más prolongadas la relación deja de ser significativa. Por otro lado, se observan tendencias distintas entre los países, de forma que los procedentes de Guatemala y China presentan los mejores resultados frente a los que llegaron de Rumanía e India, que muestran puntuaciones z por debajo de -2 y los porcentajes más bajos (junto a la Federación Rusa) de niños y de niñas sin retrasos en el perímetro cefálico a la llegada.

2.5. Grupo con retraso severo en el perímetro cefálico inicial

A continuación se va a examinar en profundidad el grupo de niños y de niñas que llegaron a las familias adoptivas con un retraso severo en el perímetro cefálico (que representan el 37,7% de los niños y las niñas evaluados en el estudio) frente a aquellos que no presentan ese tipo de retraso.

En la tabla 19 aparecen la edad media de llegada y la distribución por género de los niños y las niñas que presentan un retraso severo en el perímetro cefálico en el momento de la llegada frente a aquellos que no lo padecen. Al igual que ocurría en la exploración de los niños y las niñas con severo retraso en la talla inicial frente al resto, la edad media en la que fueron adoptados es bastante similar entre ambos grupos ($p=.799$) y en el caso de este indicador antropométrico el porcentaje de niños y de niñas que fueron adoptados con una edad inferior o igual a un año es muy similar en ambos grupos ($p=.917$). Por otro lado, tampoco se encuentran diferencias significativas en función del género ($p=.492$), aunque el porcentaje de niñas es algo superior en el grupo con retraso severo.

Tabla 19. Características generales de los niños y las niñas con retraso severo en el perímetro cefálico inicial frente a los que no presentan este tipo de retraso.

	Niños y niñas con retrasos severos en el perímetro cefálico inicial	Niños y niñas sin retrasos severos en el perímetro cefálico inicial
<i>Edad de llegada (meses)</i>	19,42	20,4
<i>Porcentaje que llegó con una edad \leq 12 meses</i>	38,5%	37,2%
<i>Porcentaje de niñas</i>	73,1%	65,1%
<i>Porcentaje de niños</i>	26,9%	34,9%

* $p<.05$, ** $p<.01$

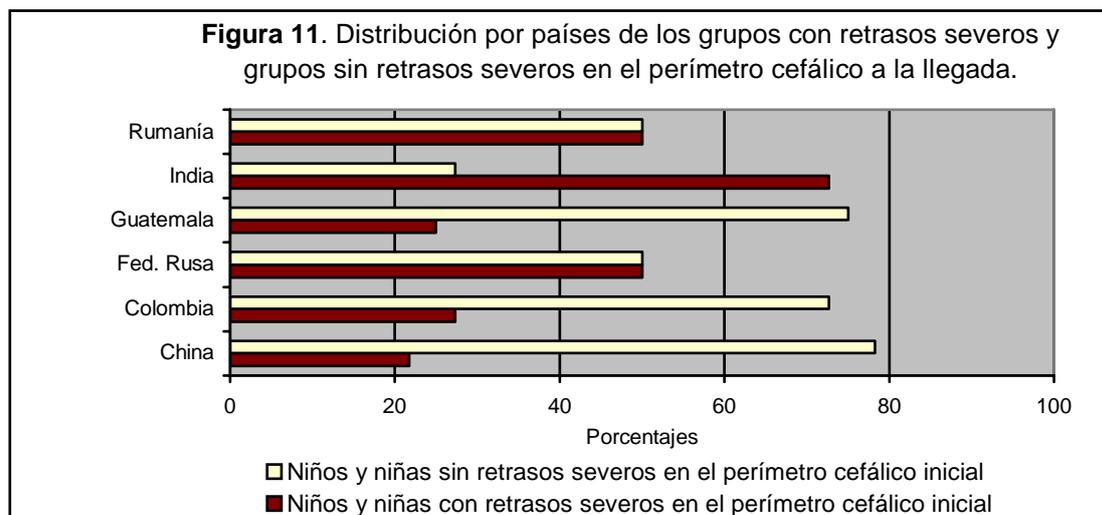
En cuanto a las relaciones con la talla inicial, el grupo con retraso severo en el perímetro cefálico inicial muestra una puntuación z en este indicador inferior a 2,5 desviaciones estándar por debajo de la media (puntuación z de -2,59) y el grupo sin retraso severo en el perímetro cefálico inicial presenta una talla inicial de aproximadamente una desviación estándar por debajo de la media (puntuación z de -0,95), alcanzando estas diferencias niveles significativos ($t(64)=-3,708$, $p=.000$). Además, como se comentó en el apartado referente al grupo con retraso severo en la talla inicial, resulta más probable encontrar niños y niñas con retrasos severos en la talla inicial entre los que presentan retrasos severos en el perímetro cefálico inicial que entre los que no presentan este tipo de retraso [$\chi^2(1)=5,818$, $p=0,016$].

Tabla 20. Características de la talla inicial de los niños y las niñas con retrasos severos en el perímetro cefálico inicial frente a los que no los presentan

	Niños y niñas con retrasos severos en el perímetro cefálico inicial	Niños y niñas sin retrasos severos en el perímetro cefálico inicial
<i>Puntuación z de la talla inicial</i>	-2,59**	-0,95**
<i>Porcentaje de niños y niñas con retraso severo en talla inicial</i>	60,9%*	30,2%*

* $p<.05$, ** $p<.01$

Como describe la figura 11, el porcentaje de niños y de niñas con severos retrasos en el perímetro cefálico a la llegada varía considerablemente en los distintos grupos de procedencia. De esta forma, mientras que el 21,7% de los procedentes de China, el 25% de los que llegan de Guatemala o el 27,3% de los procedentes de Colombia presentan retrasos severos en el perímetro cefálico inicial, el 50% de los procedentes de la Federación Rusa o de los procedentes de Rumanía y el 72,7% de los que llegan de India muestran este tipo de retrasos en el momento de la adopción.



Respecto a la historia preadoptiva, el porcentaje de niños y niñas que habían estado institucionalizados, que habían pasado un tiempo con la madre biológica o que habían sufrido malos tratos antes de ser adoptados no difiere de forma significativa entre aquellos con retrasos severos iniciales y los que no presentan este tipo de retrasos ($p=.150$, $p=.888$ y $p=.848$ respectivamente). De la misma forma, la duración del periodo institucional tampoco se diferencia entre ambos grupos ($p=.844$). Sin embargo, la duración de la estancia con la madre biológica es significativamente distinta en ambos grupos ($t(37,824)=-2,126$, $p=0,04$), de manera que los niños y las niñas que presentan un retraso severo del perímetro cefálico en el momento inicial estuvieron menos tiempo con la madre biológica (0,52 meses) que aquellos que no muestran retraso severo en el perímetro cefálico inicial (2,6 meses).

Tabla 21. Características de la historia preadoptiva de los niños y las niñas con retrasos severos en el perímetro cefálico inicial frente a los que no los presentan.

	Niños y niñas con retrasos severos en el perímetro cefálico inicial	Niños y niñas sin retrasos severos en el perímetro cefálico inicial
Porcentaje de niños y niñas institucionalizados	84,6%	69%
Duración de la institucionalización (meses)	12,52	13,26
Porcentaje de niños y niñas que pasaron un tiempo con sus madres biológicas	36,4%	38,2%
Duración del periodo con la madre biológica (meses)	0,52*	2,6*
Porcentaje de niños y niñas que sufrieron malos tratos	38,1%	35,5%

*p<.05, **p<.01

En resumen, los niños y las niñas que presentan un retraso severo en el perímetro cefálico en el momento de la llegada a la familia adoptiva muestran mayores afectaciones de la talla inicial y en una proporción elevada presentan retrasos severos en la estatura. Por otro lado, la mayoría de los procedentes de India y la mitad de los que llegaron de Rumanía o de la Federación Rusa presentan retrasos severos en el perímetro cefálico a la llegada. Y con respecto a la historia preadoptiva, destaca que aquellos que presentan retrasos severos en el perímetro cefálico inicial han estado durante menos tiempo al cuidado de sus madres biológicas que los niños y las niñas sin este tipo de retrasos.

2.6. Evolución y estado actual del desarrollo físico

En este bloque se va a describir la situación del desarrollo físico de los niños y las niñas de la muestra en el momento en el que se llevó a cabo la recogida de datos, aproximadamente tres años después de la adopción. Además, se va a comparar la situación del momento inicial con la situación en el momento del estudio examinando qué ha ocurrido en el desarrollo de estos niños y estas niñas durante el tiempo que han pasado en las familias adoptivas.

En el momento en el que se visitaron las familias se tomaron las medidas físicas de la talla, el peso y el perímetro cefálico de los niños y las niñas adoptados (los mismos indicadores de crecimiento que en el momento inicial). Posteriormente, como se hiciera con las medidas físicas iniciales, se calculó el índice de masa corporal a partir de las medidas del peso y la talla. Para la interpretación de los datos, las medidas se convirtieron en puntuaciones z o desviaciones estándar (Hernández et al., 2002), de forma que fuera posible la evaluación de la distancia en la que estos niños y estas niñas se encuentran respecto a la media de la población de referencia (la española) y la comparación con el estado en el momento de la llegada a las familias.

En la tabla 22 se encuentran los resultados de la evaluación de los parámetros antropométricos en el momento del estudio. Como puede observarse, la puntuación z de la talla en el momento del estudio es de -0,1, en el peso la puntuación se sitúa por

encima de la media y asciende a 0,09 y en el perímetro cefálico la puntuación media es de -0,46. Por tanto, los promedios de los índices antropométricos de talla y peso se encuentran muy cercanos a la media (que correspondería a una z igual a 0), mientras que la puntuación en perímetro cefálico es algo inferior con casi 0,5 desviaciones estándar por debajo de la media.

Tabla 22. Desarrollo físico en el momento del estudio.

Puntuaciones z	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Talla	271	-0,1	1,4	-5,64	5,86
Peso	270	0,09	1,25	-2,41	5,62
Perímetro cefálico	251	-0,46	1,36	-4,56	3,71

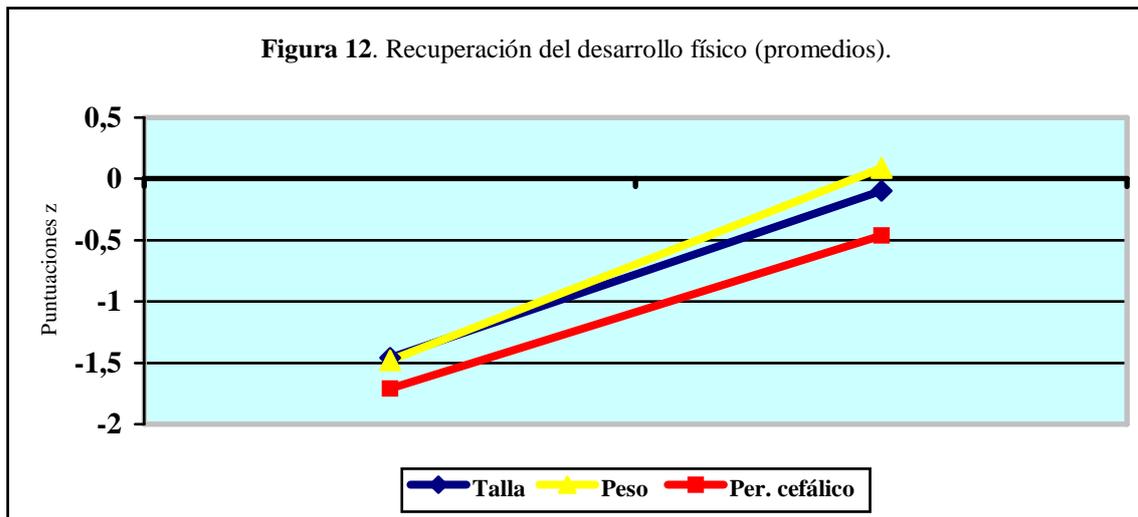
Si contrastamos los promedios de unos indicadores y otros se observa que las diferencias en las puntuaciones actuales son significativas, de forma que la puntuación en perímetro cefálico es significativamente más baja que la de la talla [$t(241)= 3,787$, $p=.000$] y que la del peso [$t(240)= -6,291$, $p=.000$]. Las diferencias entre la talla y el peso son menores, aunque también alcanzan niveles significativos, de forma que el estado de la talla es inferior al del peso [$t(266)= -2,101$, $p<0,05$]. No obstante, las puntuaciones de los indicadores se encuentran muy relacionadas entre sí en el momento del estudio; el estado de la talla se encuentra correlacionado de forma positiva y significativa con el estado del peso ($r=.486$, $p=.000$) y del perímetro cefálico ($r=.282$, $p=.000$), al igual que ocurre entre la situación del peso y del perímetro cefálico ($r=.392$, $p=.000$).

Al comparar las puntuaciones del momento inicial y del actual se observa que la diferencia entre la talla a la llegada y la talla en el momento del estudio es significativa [$t(210)=-10,488$, $p=.000$], al igual que ocurre con las diferencias de las puntuaciones en peso de un momento y otro [$t(233)=-14,726$, $p=.000$] o con las diferencias en perímetro cefálico entre el momento de la llegada y el momento del estudio [$t(63)=-6,557$, $p=.000$]. Es decir, que la situación en talla, peso y perímetro cefálico ha cambiado, mejorando de forma significativa en los 3 años que llevan estos niños y estas niñas en sus familias adoptivas.

Pero a pesar del cambio significativo, la situación de partida y la situación tres años después de la llegada a la familia adoptiva se encuentran relacionadas de forma positiva y significativa, de manera que los niños y las niñas que presentaban unas puntuaciones inferiores en los parámetros físicos en el momento de la adopción tres años después siguen mostrando puntuaciones menores, o bien, si presentaban puntuaciones más elevadas, posteriormente sus puntuaciones también resultan más altas. Así, una puntuación más elevada de la talla actual se encuentra correlacionada con una mayor puntuación inicial del mismo indicador, y al contrario, una puntuación inferior en el momento inicial se asocia con una menor puntuación actual ($r=.420$, $p=.000$), al igual que ocurre con el peso actual y el inicial ($r=.262$, $p=.000$) o el perímetro cefálico en ambos momentos ($r=.336$, $p=.007$).

Si nos centramos en los incrementos en puntuaciones z de cada uno de los indicadores antropométricos desde el momento en que se produjo la adopción hasta el momento en que se llevó a cabo la recogida de datos los resultados muestran que las ganancias han sido espectaculares en todos los indicadores (figura 12). Con respecto a la talla, la diferencia entre la puntuación z en el momento del estudio y la puntuación

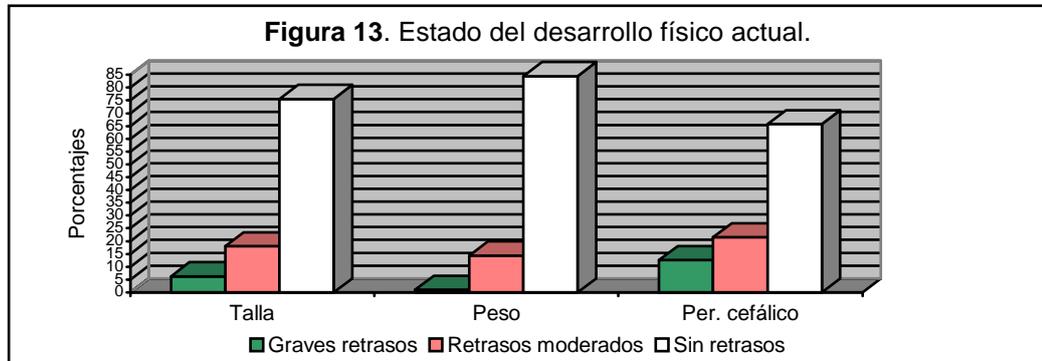
en el momento de la llegada es de 1,36, es decir, que la talla ha aumentado en estos tres años de estancia en la familia adoptiva 1,36 desviaciones estándar. En peso el incremento de la puntuación z ha sido aún más elevado, aumentando en 1,57 desviaciones estándar. Y en perímetro cefálico la puntuación se ha incrementado en 1,25 desviaciones estándar. Por tanto, el indicador físico que más se ha incrementado en estos años ha sido el peso, seguido de la talla, y en último lugar del perímetro cefálico, aunque las diferencias entre los distintos incrementos no son significativas.



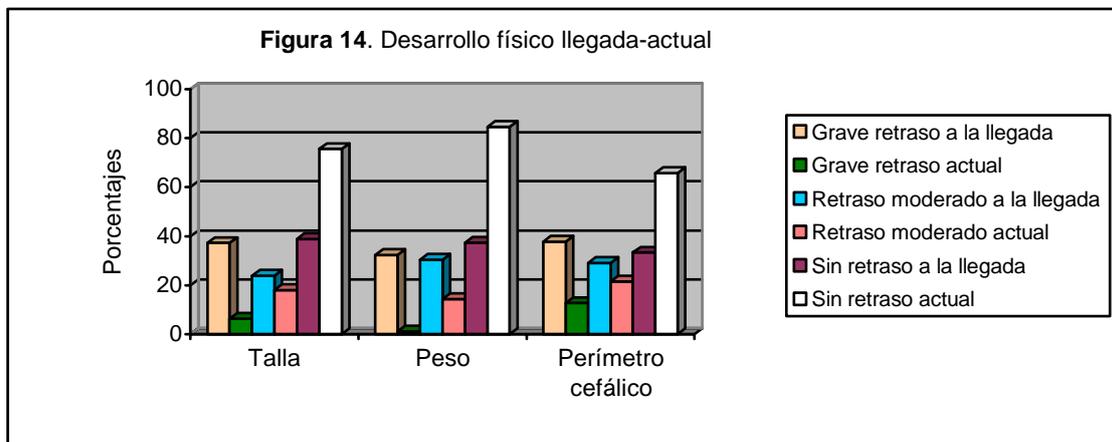
Los incrementos en las puntuaciones z de los distintos indicadores también se encuentran correlacionados de forma positiva y significativa entre sí, de forma que incrementos mayores en talla se asocian a aumentos más elevados en peso ($r=.358$, $p=.000$) y en perímetro cefálico ($r=.531$, $p=.000$) e incrementos más elevados en las puntuaciones de peso se asocian a mayores ganancias en puntuaciones de perímetro cefálico ($r=.401$, $p=.001$). Y, al contrario, incrementos menores en las puntuaciones z de algunos de los parámetros físicos se asocian a ganancias también inferiores en el resto.

El porcentaje de niños y de niñas que presenta en el momento del estudio un retraso severo (una puntuación z inferior a -2 desviaciones estándar) en alguno de los parámetros físicos es reducido. El 6,3% de los niños y niñas del estudio muestra en el momento de la recogida de datos un retraso severo en la talla. Respecto al peso, el porcentaje de los que presentan un retraso de este tipo en este indicador antropométrico disminuye hasta un 1,1%, y en perímetro cefálico es el 12,7% de los niños y las niñas del estudio el que presenta un retraso severo. En cuanto a los retrasos moderados (puntuación z igual o superior a -2 pero inferior a -1 desviación estándar), el 18,1% de los niños y las niñas muestra un retraso de estas características en la talla en el momento del estudio, al igual que el 14,4% presenta un retraso similar en peso y el 21,5% en perímetro cefálico. Y respecto a los que presentan un desarrollo dentro de la normalidad, es el 75,6% de los niños y niñas el que muestra una talla dentro de los niveles adecuados, al igual que el 84,5% respecto al peso y el 65,8% en cuanto al perímetro cefálico. Si nos centramos en la evaluación de los niños y las niñas de los que se tienen las medidas de todos los indicadores antropométricos en el momento del estudio (N=238) los resultados muestran que más de la mitad de ellos (el 52,52%) presenta un desarrollo adecuado en todos los indicadores físicos en el momento del estudio, es decir, que no muestra retraso

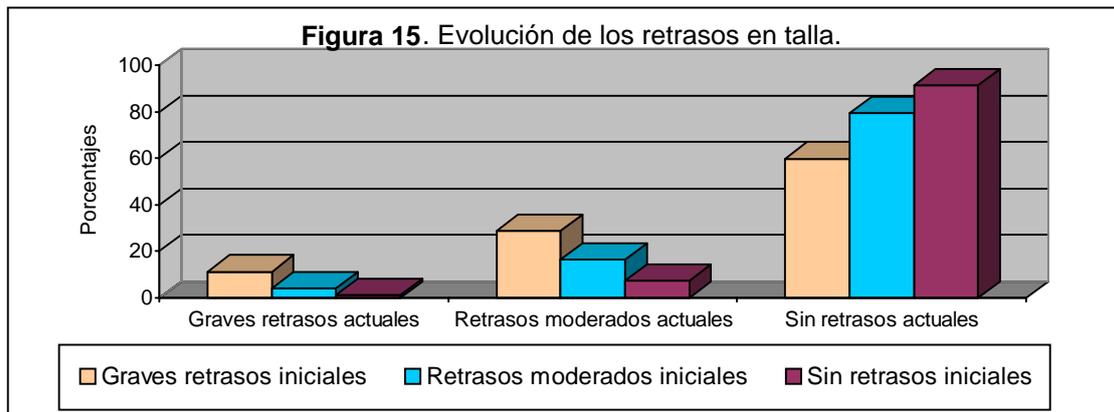
(moderado o severo) ni en talla, ni en peso, ni en perímetro cefálico, lo cual supone un incremento muy importante respecto al momento inicial.



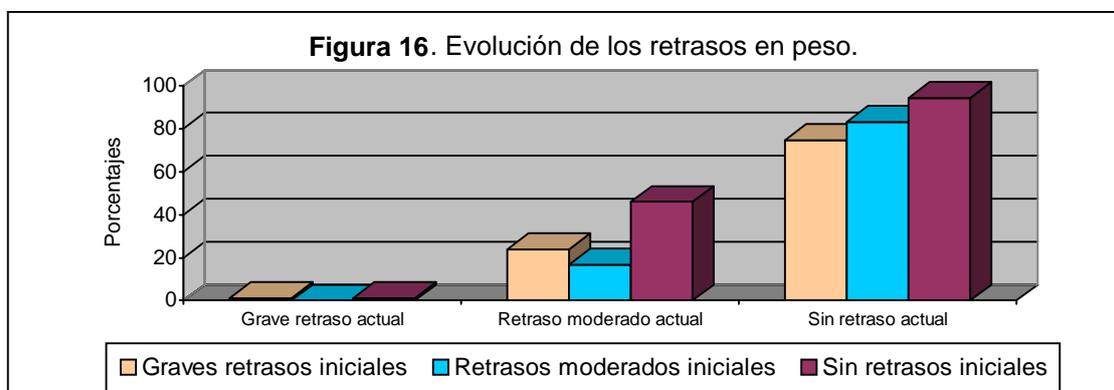
Respecto al momento de la adopción, el porcentaje de niños con severo o grave retraso en talla ha disminuido en un 30,9%, en un 31,3% disminuye el porcentaje de niños con grave retraso en peso y en un 25% el porcentaje de niños con grave retraso en perímetro cefálico. El porcentaje de niños y niñas con retrasos moderados en talla ha disminuido en un 5,8%, en peso en un 15,9% y en perímetro cefálico en un 7,5%. Y el porcentaje de niños y niñas con valores medios o por encima de la media, se ha incrementado en un 36,7% en talla, en un 47,2% en peso y en un 32,5% en perímetro cefálico.



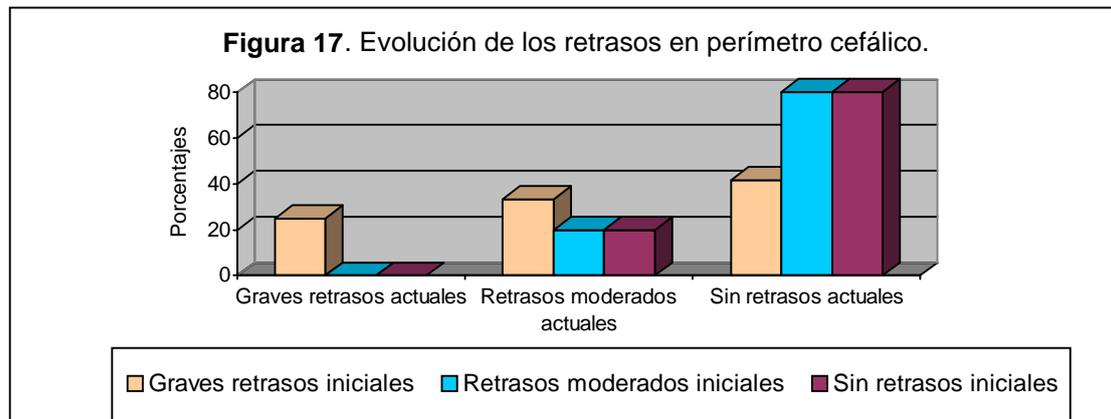
De los niños y las niñas que presentaban un retraso grave en la talla inicial, el 11,3% de ellos sigue presentando retrasos similares en el momento actual, y para el 28,8%, los problemas han pasado de graves a moderados, pasando el resto de niños y niñas a no presentar ningún tipo de retraso. De los que mostraban un retraso moderado en la estatura, el 4,1% de ellos ha pasado a presentar un retraso grave, y el 16,3% sigue manteniendo un retraso moderado, mientras que la mayoría presenta en el momento actual un desarrollo dentro de la normalidad. Casi todos los que en un principio no presentaban retraso en talla siguen sin presentar ningún tipo de retraso en el momento actual, aunque uno de ellos (1,22%) ha pasado a presentar un retraso grave y 6 un retraso moderado (7,32%).



En peso, entre los que presentaban grave retraso, sólo uno (1,3%) sigue presentando el mismo tipo de retraso en la actualidad, y en el 24% el retraso ha pasado a ser moderado, mientras que el resto (74,7%) no presenta ningún retraso en el momento actual. De los que presentaban un retraso moderado, el 16,7% sigue presentando un retraso similar, mientras que el resto no presenta ningún retraso. De los que no presentaban ningún retraso inicial en peso, uno de ellos (1,15%) ha pasado a mostrar un grave retraso y 4 (4,6%) un retraso moderado, mientras que el resto, el 94,25%, continúa sin presentar ningún tipo de retraso en la actualidad.



Respecto al perímetro cefálico, de los que presentaban un retraso grave en el momento inicial el 25% sigue presentando un retraso similar en el momento del estudio, mientras que el 33,3% lo presenta moderado y el resto (41,7%) no presenta ningún retraso. De los que lo presentaban moderado, el 20% sigue presentándolo moderado en el momento actual, mientras que el 80% ha pasado a no presentar ningún tipo de retraso. Y entre los que no presentaban ningún retraso, el 20% ha pasado a presentar un retraso de tipo moderado, mientras que el resto sigue dentro de los niveles normales. Por tanto, si nos centramos en los que actualmente presentan un retraso severo en el perímetro cefálico comprobamos que todos presentaban ya este tipo de retraso en el momento de la adopción.



Al analizar el índice de masa corporal (I.M.C.), se observa que la puntuación z en el momento del estudio es de $-0,08$, por lo que se sitúa dentro de los niveles medios. La mejora desde el momento inicial al actual ha sido significativa [$t(192)=-6,785, p=.000$]. El porcentaje de niños y niñas que presenta sobrepeso (un I.M.C. por encima de 2 desviaciones estándar) ha aumentado en un 2,4%, afectando al 5,3% (14 casos) de los niños y de las niñas en el momento del estudio.

Resumiendo, el estado del desarrollo físico de los niños y las niñas de adopción internacional ha mejorado de forma significativa desde el momento inicial al momento actual, de forma que cuando se llevó a cabo el estudio todos los indicadores antropométricos se encontraban dentro de los niveles normales además de encontrarse todos muy correlacionados entre sí, aunque la situación era algo más desaventajada en el caso del perímetro cefálico, seguido de la talla y posteriormente del peso. La situación inicial continúa influyendo en el momento actual, como evidencia la relación significativa entre ambos momentos en todos los indicadores. Las ganancias en los distintos indicadores se encuentran relacionadas de forma positiva entre sí y no se encuentran diferencias significativas entre los incrementos en un indicador u otro (aunque en el caso del peso tiende a ser mayor). Por otro lado, más de la mitad de los niños y las niñas presentan un desarrollo adecuado en los tres indicadores físicos, siendo pocos los que en el momento actual presentan retrasos severos en alguno de los indicadores físicos, aunque con una incidencia algo superior de retrasos severos en el caso del perímetro cefálico. Además, los que presentan este tipo de retraso en el momento actual, en su mayoría ya lo presentaban en el momento inicial.

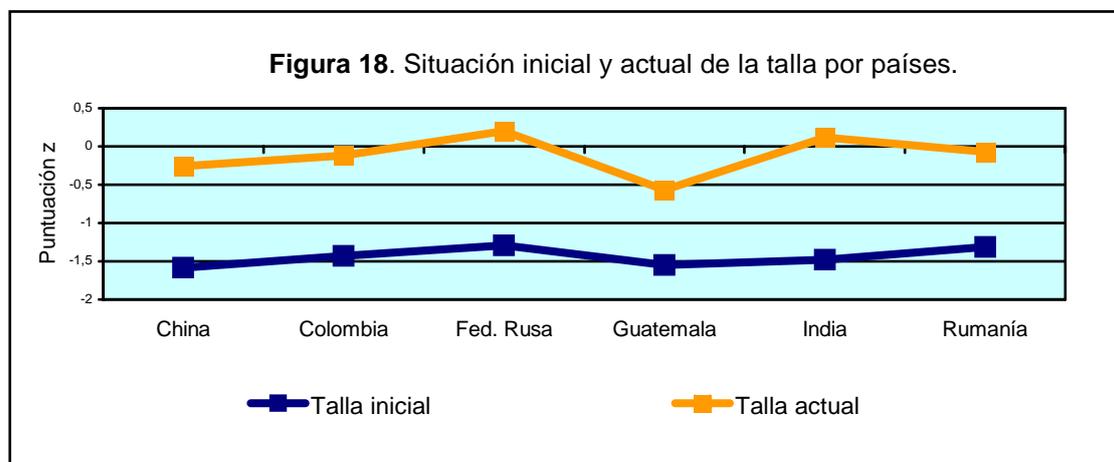
2.7. Evolución y situación actual de la talla en el momento del estudio

Este apartado está dedicado al análisis en profundidad de la situación actual de la talla, los factores con los que pueda estar relacionado y la evolución desde el momento de la adopción.

La evolución de la talla se encuentra relacionada con la situación de la estatura en el momento de la adopción. El incremento de la talla desde el momento inicial al actual se relaciona de forma negativa con el estado de la estatura en el momento de la adopción, de forma que los niños y las niñas que presentaban niveles inferiores de la talla inicial son aquellos que han llevado a cabo ganancias mayores, mientras que los que presentaban niveles más adecuados han llevado a cabo incrementos inferiores,

alcanzando la relación niveles significativos ($r=-0.785$, $p=.000$). Sin embargo, a pesar de que los que se encontraban en una peor situación han incrementado en mayor medida su talla, la situación actual es más favorable entre aquellos que partían de condiciones mejores, como muestra la relación positiva y significativa existente entre la situación actual e inicial comentada en el apartado previo.

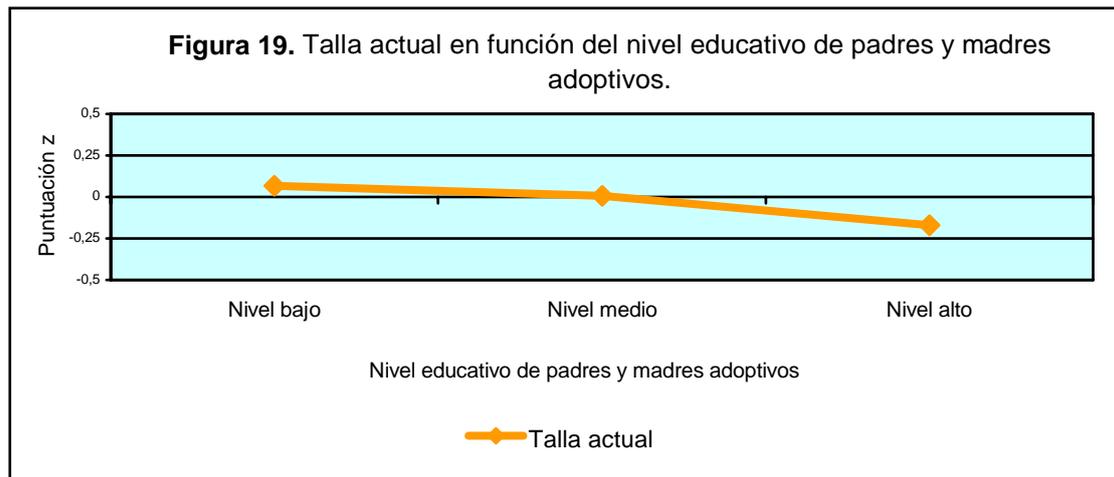
Si nos centramos en las características de los niños y las niñas de la muestra y en la relación de las mismas con el estado actual de la talla, la estatura en el momento del estudio no difiere de forma significativa entre niños y niñas ($p=.267$). Y el estado de la talla actual tampoco se encuentra relacionado con la edad en el momento de la adopción ($p=0,6$). Por otro lado, las diferencias que en talla actual presentan los niños y las niñas procedentes de un país u otro no son significativas ($p=.193$) y todas las puntuaciones se encuentran cercanas a la media en el momento del estudio e incluso por encima de ella en el caso de la Federación Rusa e India. Guatemala es el país en el que los niños y las niñas presentan una puntuación media en estatura algo inferior aunque dentro del rango normal. La figura 18, permite comparar la situación de la talla en el momento inicial y en el actual según el país de origen de los niños y de las niñas. Como puede apreciarse, todos los grupos han incrementado su puntuación z en más de una desviación estándar, no encontrándose diferencias significativas entre las ganancias de los niños y las niñas de distintas procedencias ($p=.776$). Como puede observarse, los incrementos en los distintos grupos de procedencia son bastante similares, con incrementos parecidos; la diferencia se encuentra en el nivel de la talla en uno y otro momento, siendo la evolución bastante similar en los distintos países.



Los resultados no muestran la existencia de relaciones significativas entre las experiencias vividas previas a la adopción y la situación de la talla en el momento del estudio; aquellos que estuvieron institucionalizados o los que pasaron un tiempo con sus madres biológicas no muestran una situación distinta en la estatura actual respecto a los que no pasaron por esas experiencias ($p=.751$ y $p=.770$ respectivamente), ni la prolongación del periodo institucional (tampoco entre los menores de 4 años, entre los que se daba esta relación en el momento inicial) o de la estancia con la madre biológica se muestran relacionadas significativamente con la estatura actual ($p=.534$ y $p=.827$ respectivamente). Los niños y las niñas que sufrieron malos tratos antes de la adopción presentan una talla actual levemente inferior a aquellos que no pasaron por esta experiencia adversa (puntuación z de $-0,22$ en los que fueron maltratados frente a una puntuación de $-0,035$ entre los que no) sin que las

diferencias resulten significativas ($p=.364$). Por tanto, la experiencia de malos tratos ha dejado de tener un efecto directo sobre la talla en el momento del estudio.

Respecto a las características de las familias adoptivas, se ha examinado la situación de la talla actual de los niños y las niñas en función del nivel educativo de los padres y madres adoptivos (el más alto de los dos) -nivel educativo bajo, medio y alto- sin que se hayan encontrado diferencias significativas entre los grupos ($p=.565$).

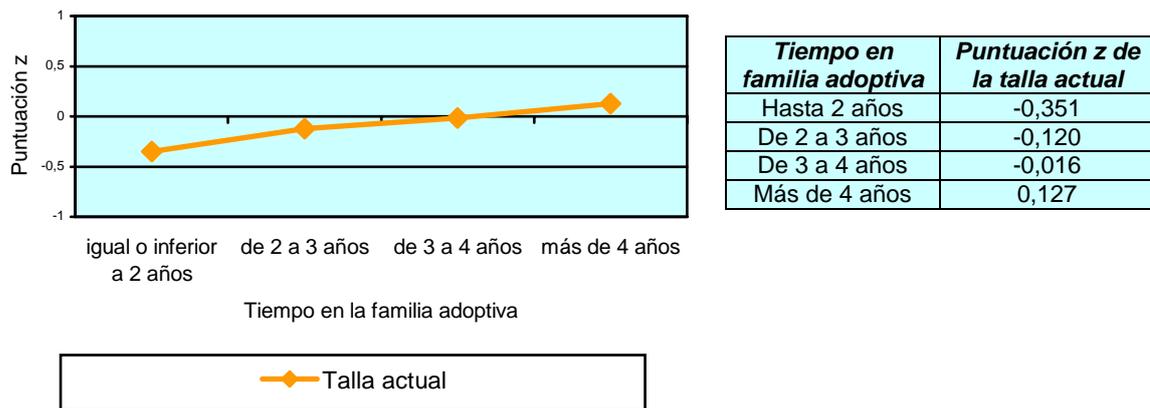


Por otra parte, los datos muestran una correlación positiva y significativa de la talla actual con el tiempo que estos niños y estas niñas llevan en las familias adoptivas ($r=.131$, $p=.031$). Con el propósito de examinar en mayor profundidad la recuperación del desarrollo, se han generado varios grupos en función de los años que llevan los niños y las niñas del estudio en sus familias adoptivas, de forma que el primer grupo lo constituyen aquellos que llevan un periodo inferior o igual a 2 años ($N=69$), en el segundo grupo se incluyen aquellos que llevan un periodo superior a dos años e inferior o igual a 3 ($N=94$), el tercer grupo engloba a los que llevan un periodo superior a 3 años e inferior o igual a 4 años ($N=59$) y el cuarto y último grupo se compone de los que llevan en las familias adoptivas un periodo superior a 4 años ($N=67$). Debido al número reducido de niños y de niñas que llevan un periodo inferior o igual a un año en sus familias adoptivas ($N=4$), se han incluido en el mismo grupo que los que llevan entre uno y dos años para equilibrar de esta forma la distribución por grupos. Entre estas agrupaciones no se encuentran diferencias significativas en la edad de llegada a la familia ($p=.402$).

A continuación se va a analizar la recuperación de la talla en los distintos grupos generados en función del tiempo que llevan en las familias adoptivas. Como puede comprobarse en la figura 20, el estado de la talla en el momento del estudio se sitúa en torno a la media en todos los grupos, observándose una tendencia ascendente a medida que transcurren los años en la familia adoptiva, si bien las diferencias entre los grupos no son significativas ($p=.251$). Teniendo en cuenta que en el momento de la llegada a las familias la puntuación z de la talla inicial se encontraba 1,5 desviaciones estándar por debajo de la media y que el grupo que lleva un periodo de tiempo inferior o igual a dos años en la familia adoptiva presenta una puntuación en talla actual de 0,351 por debajo de la media, los datos están poniendo de manifiesto que se ha producido una recuperación superior a una desviación estándar antes de que hayan transcurrido dos años desde el momento de la adopción. Por tanto, como la

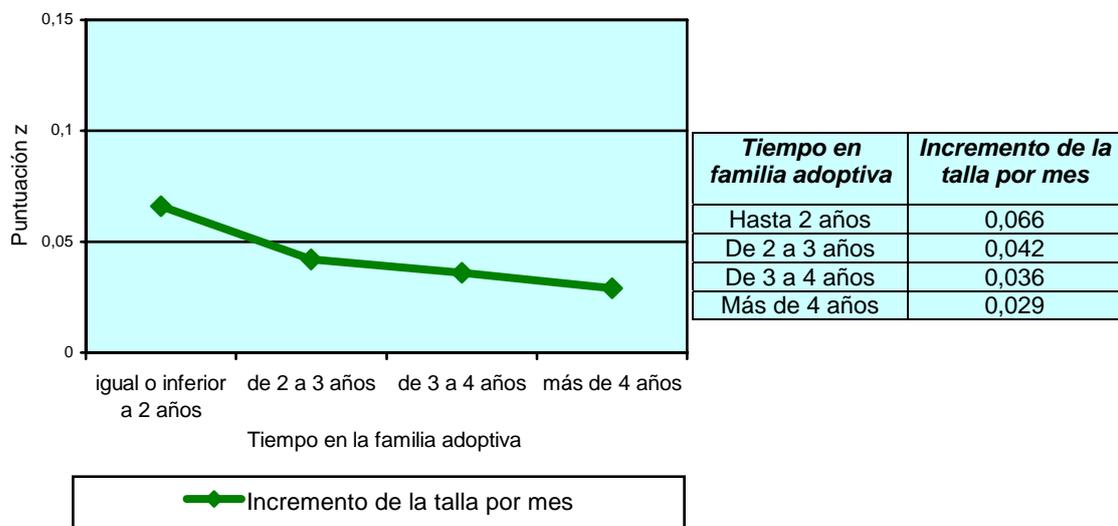
mayor parte de la recuperación ya la han llevado a cabo, las diferencias entre los distintos grupos no resultan significativas; todos los grupos presentan valores medios. No obstante, parece que la recuperación sigue avanzando, de forma que los que llevan más de 4 años en las familias incluso han superado la media (puntuación z de 0,127).

Figura 20. Talla actual según el tiempo en la familia adoptiva.



Para analizar la velocidad con la que se ha producido la recuperación, se ha dividido el incremento de la puntuación z en la talla desde el momento actual al inicial entre los meses que los niños y las niñas llevan en sus familias, obteniendo así un *índice de incremento de la talla por mes*. Se ha comparado este incremento en los distintos grupos generados en función del tiempo que llevan en las familias adoptivas, de forma que como ilustra la figura 21 los datos muestran una tendencia descendente, siendo el incremento de la talla por mes mayor entre los que llevan menos tiempo en las familias adoptivas y menor a medida que este tiempo se prolonga, rozando esta tendencia la significación ($p=.056$).

Figura 21. Incremento de la talla por mes según el tiempo en la familia adoptiva.

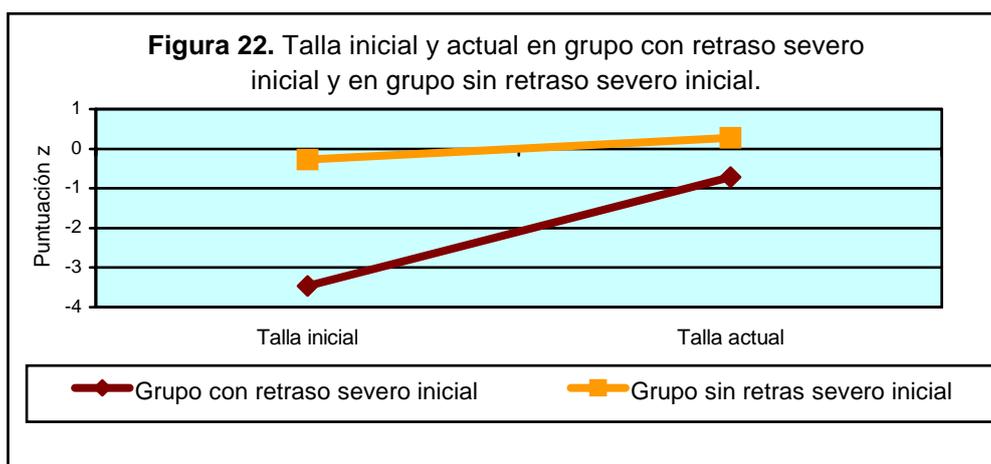


En resumen, los niños y niñas estudiados han mejorado de forma significativa en la talla, relacionándose la recuperación y el estado actual con la situación inicial. Por otro lado, los resultados muestran una relación entre el tiempo en la familia adoptiva y el estado actual de la talla. La recuperación de este indicador ha tenido lugar fundamentalmente en los dos primeros años de estancia en la familia. En los primeros años también es cuando se produce la ganancia mayor de talla por mes. Tras los dos primeros años, la recuperación continúa mejorando, aunque se muestra una tendencia hacia la estabilidad y la ganancia por mes decae progresivamente.

2.8. Evolución y situación actual de los niños y las niñas con retraso severo en la talla inicial

El estado de la talla en el momento del estudio de los niños y las niñas que en el momento de la adopción presentaban un retraso severo (puntuación z inferior a 2 desviaciones estándar por debajo de la media) ha mejorado de forma significativa desde el momento inicial al actual [$t(79)=-17,174, p=.000$], siendo la puntuación z en el momento del estudio de $-0,72$. A pesar de la significativa mejora, en el momento del estudio estos niños y niñas no alcanzan el nivel de los que no presentaban retrasos severos iniciales (puntuación z de 0,28 desviaciones estándar por encima de la media) alcanzando las diferencias entre ambos grupos niveles significativos [$t(209)=-5,777, p=.000$].

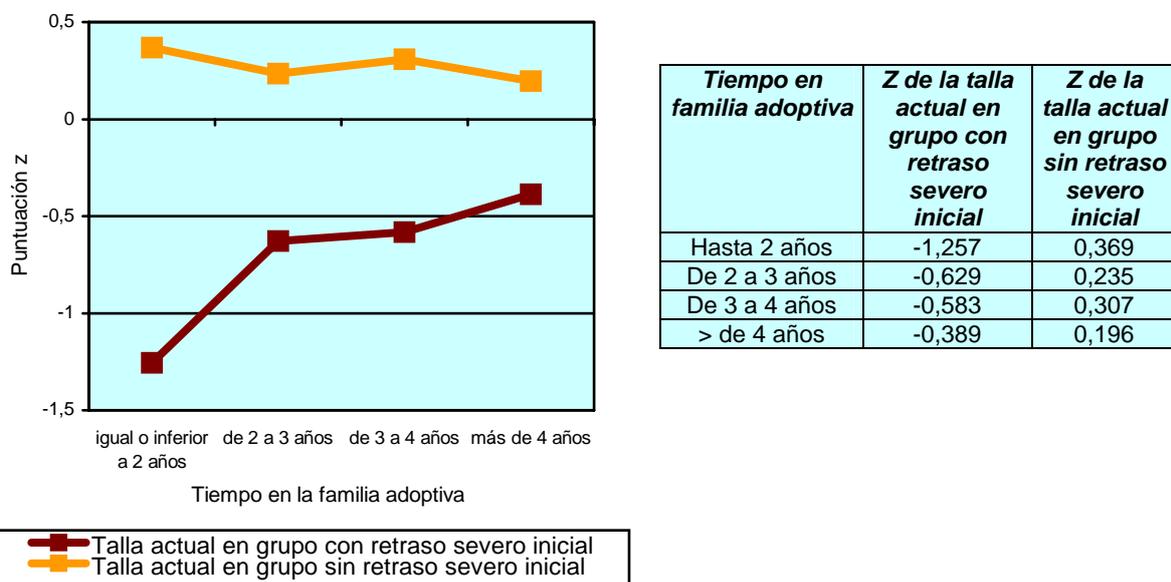
Como se observa en la figura 22, el incremento de la talla desde el momento inicial al actual es muy superior entre los que presentaban un retraso severo inicial (incremento de 2,7 desviaciones estándar) que entre aquellos que no lo presentaban (incremento de 0,5 desviaciones estándar), resultando las diferencias significativas [$t(209)=10,051, p=.000$]. Sin embargo, a pesar de haber realizado un incrementado tan elevado en la talla, la situación de partida era de tal desventaja que no han sido capaces de alcanzar al grupo que partía de una mejor posición, aunque, como puede observarse en la figura, la distancia entre ambos grupos se ha acortado, de forma que la situación actual de ambos grupos está mucho más próxima.



Si analizamos la recuperación de los niños y de las niñas con retraso severo inicial de la talla, comprobamos que se encuentra una relación positiva y significativa entre el tiempo en la familia adoptiva y la situación actual de la talla ($r=.279, p=.012$). Si examinamos la situación actual del indicador en función de los años que llevan en las familias adoptivas comprobamos que la talla actual en el grupo de niños y de niñas

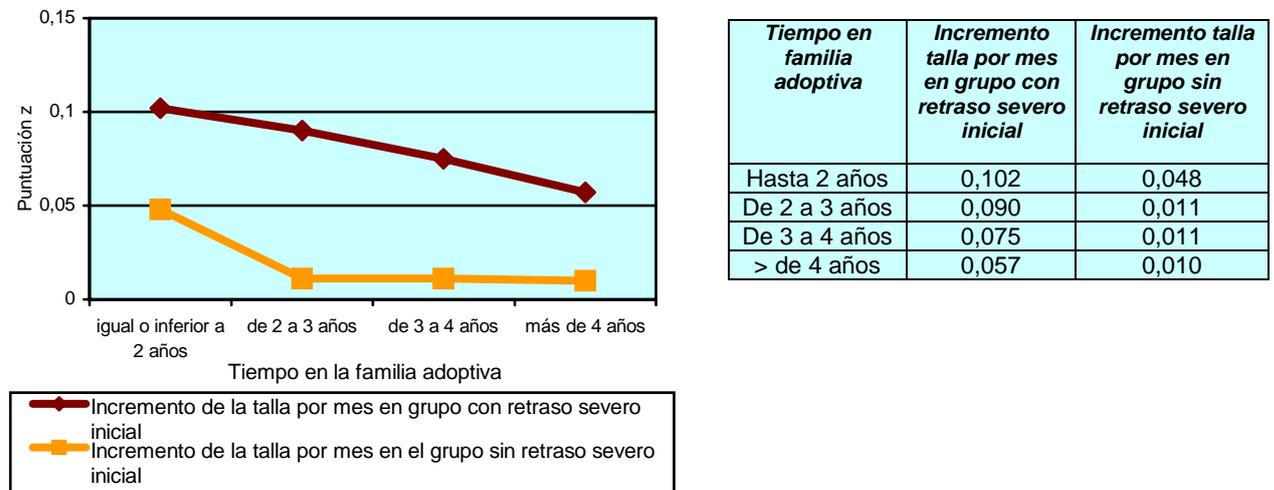
que llevan un periodo inferior o igual a dos años todavía es inferior a una desviación estándar por debajo de la media, lo cual muestra una gran recuperación desde el momento inicial pero también un retraso moderado actual. En el grupo que lleva de 2 a 3 años en la familia adoptiva la situación es mucho mejor que en el grupo que lleva menos tiempo, como ilustra el gráfico 23, aunque las diferencias entre los distintos grupos no resultan significativas ($p=.117$). Entre aquellos que no presentaban un retraso severo inicial las diferencias en talla actual entre los grupos que llevan distintos periodos de tiempo en las familias son mínimas, aproximándose el nivel de significación a la unidad ($p=.946$).

Figura 23. Talla actual según el tiempo en la familia adoptiva en grupo con retraso severo inicial y en grupo sin retraso severo inicial.



Si nos centramos ahora en el incremento por mes de la talla, como podemos observar en la figura 24, en el grupo que presentaba un retraso severo inicial el incremento por mes va decreciendo progresivamente a medida que aumenta el tiempo en la familia adoptiva, resultando significativas las diferencias entre el grupo que lleva un periodo de hasta dos años en la familia y el grupo que lleva entre 2 y 3 años en la familia frente a el grupo que lleva más de 4 años en la familia adoptiva [$F(3)=3,57$, $p=.018$]. Entre los que no presentaban retrasos severos de la talla inicial, el incremento por mes es superior entre los que llevan como máximo dos años en las familias adoptivas y posteriormente desciende, sin que las diferencias alcancen niveles significativos ($p=.116$). A partir de los dos años en la familia adoptiva el incremento por mes se estabiliza y se mantiene constante: ya han alcanzado la media.

Figura 24. Incremento de la talla por mes según el tiempo en la familia adoptiva.



Por tanto, el grupo que presentaba un retraso severo en la talla inicial ha mejorado significativamente desde el momento inicial al actual, aunque la situación actual sigue siendo algo retrasada y significativamente inferior a la de los que no presentaban retraso severo inicial. No obstante, el incremento por mes ha sido muy superior entre el grupo altamente afectado a la llegada a la familia. Por otro lado, mientras que en el grupo sin retraso severo inicial los que han pasado menos o igual a dos años en las familias adoptivas presentan una talla actual por encima de la media y similar a los que llevan más tiempo, en el grupo inicialmente afectado se encuentra una relación significativa entre el tiempo en la familia adoptiva y la situación actual, además de que se observa una clara tendencia ascendente, de forma que a medida que transcurren los años en la familia la mejora es evidente, con una marcada diferencia entre los que llevan un periodo de hasta dos años en las familias con el grupo siguiente, ya que los primeros presentan una puntuación de aproximadamente media desviación estándar menos que el grupo que lleva entre 2 y 3 años. Por otro lado, dentro del grupo de los que presentaban retraso severo inicial la ganancia por mes es muy superior entre los que llevan menos tiempo en las familias que en aquellos que llevan más tiempo, mientras que en el grupo que no presentaba retrasos severos, predomina la estabilidad de la ganancia, especialmente a partir del segundo año en la familia.

2.9. Evolución y situación actual del perímetro cefálico en el momento del estudio

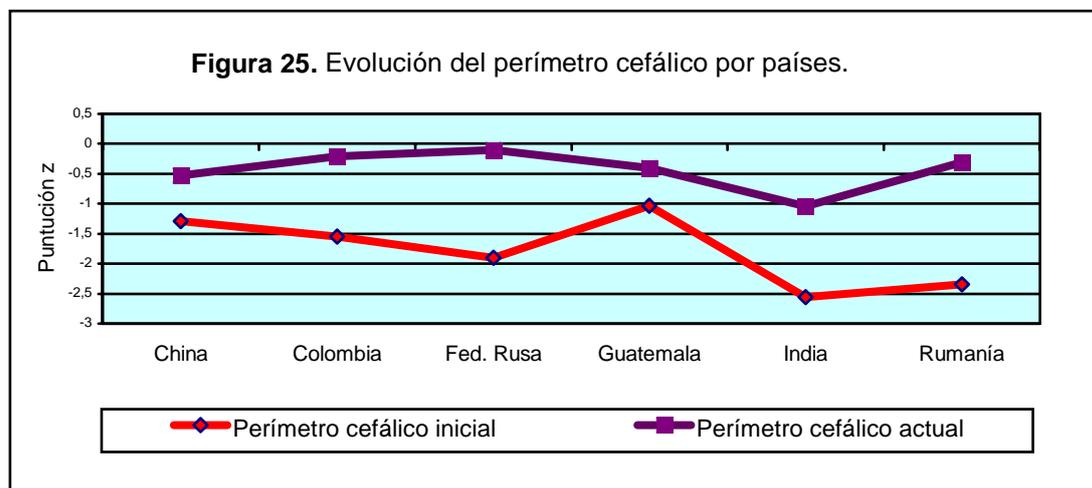
A continuación se va a explorar cómo ha sido la evolución del perímetro cefálico desde el momento inicial y cómo es el estado actual del perímetro cefálico en los niños y las niñas de adopción internacional estudiados.

La ganancia en perímetro cefálico que los niños y las niñas hacen desde el momento de la llegada a la familia adoptiva hasta el momento del estudio se encuentra relacionada de forma negativa con el estado inicial, alcanzando la relación niveles significativos ($r=-0.707$, $p=.000$), de forma que aquellos que llegaron con puntuaciones inferiores son los que en mayor medida incrementan su perímetro cefálico en este

tiempo, mientras que cuanto mejor fuese el nivel de partida menor es el incremento en estos años. No obstante, aquellos que presentaban peores niveles iniciales siguen presentando en el momento actual puntuaciones más bajas, puesto que la situación actual se encuentra relacionada de forma significativa con la situación inicial ($r=.336$, $p=.007$), de manera que mejores niveles iniciales se asocian con mejores condiciones del perímetro cefálico actual, y al contrario, situaciones más desfavorecidas se relacionan con niveles actuales más retrasados.

En cuanto a las características de la muestra, el estado del perímetro cefálico actual no difiere de forma significativa en función del género ($p=.136$). Sin embargo, se encuentra una correlación positiva y significativa ($r=0.132$, $p=.037$) entre la situación en el momento del estudio entre este indicador físico y la edad en la que se produjo la adopción.

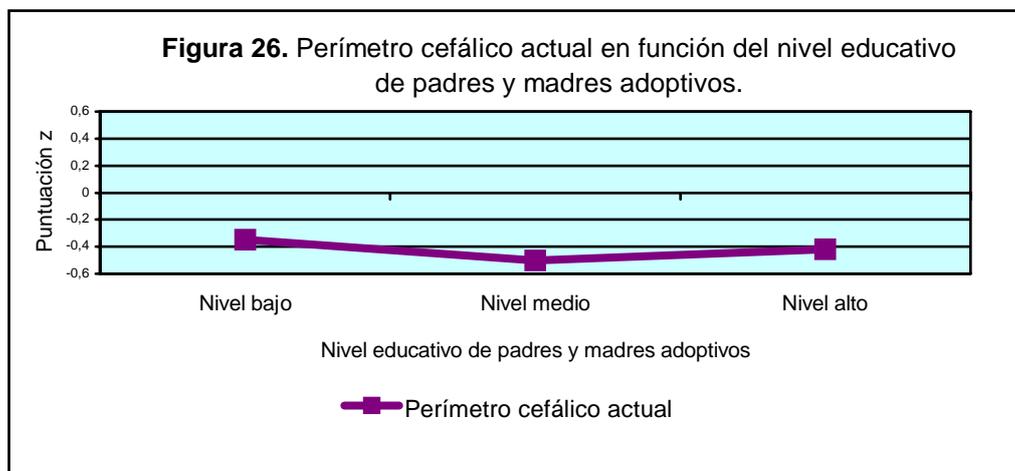
El estado actual del perímetro cefálico no es similar en los niños y las niñas procedentes de los distintos países. Como muestra en la figura 25, los niños y niñas procedentes de todos los países se encuentran cercanos a la media, dentro de los márgenes de la normalidad, con la excepción de los que llegaron de India, que presentan un retraso moderado, ya que la puntuación z se encuentra por debajo de una desviación estándar (puntuación z de $-1,04$), indicando las pruebas post-hoc (Tukey) que las diferencias entre los resultados de los procedentes de este país frente a los que llegaron de la Federación Rusa y Colombia son significativas [$F(5)=2,66$, $p=.023$]. Los niños y las niñas procedentes de Rumanía han llevado a cabo un incremento superior a dos desviaciones estándar, frente a los procedentes de Guatemala que han realizado el menor incremento en perímetro cefálico desde el momento de la llegada (inferior a una desviación estándar), aunque las diferencias entre países no llegan a alcanzar niveles significativos ($p=.113$).



Las diferentes experiencias preadoptivas examinadas no se encuentran relacionadas con la situación actual del perímetro cefálico. La duración de la institucionalización no se encuentra relacionada con la situación actual ni en el análisis de la muestra global ($p=.223$) ni al analizar la relación en los grupos con distinta prolongación de la estancia institucional como ocurriera con el perímetro cefálico inicial. Aunque los que estuvieron institucionalizados presentan en el momento actual una puntuación inferior a los que no estuvieron en instituciones (puntuación z de $-0,53$ entre los institucionalizados frente a $-0,2$ en el resto), las diferencias no resultan

significativas ($p=.118$). Tampoco resultan significativas las diferencias entre los que pasaron un tiempo con la madre biológica frente a los que no ($p=.607$) o la relación entre la duración de la estancia con la madre biológica y el estado actual del perímetro cefálico ($p=.739$). Del mismo modo, tampoco se encuentran diferencias entre aquellos que sufrieron malos tratos antes de ser adoptados frente a los que no sufrieron esta experiencia ($p=.487$).

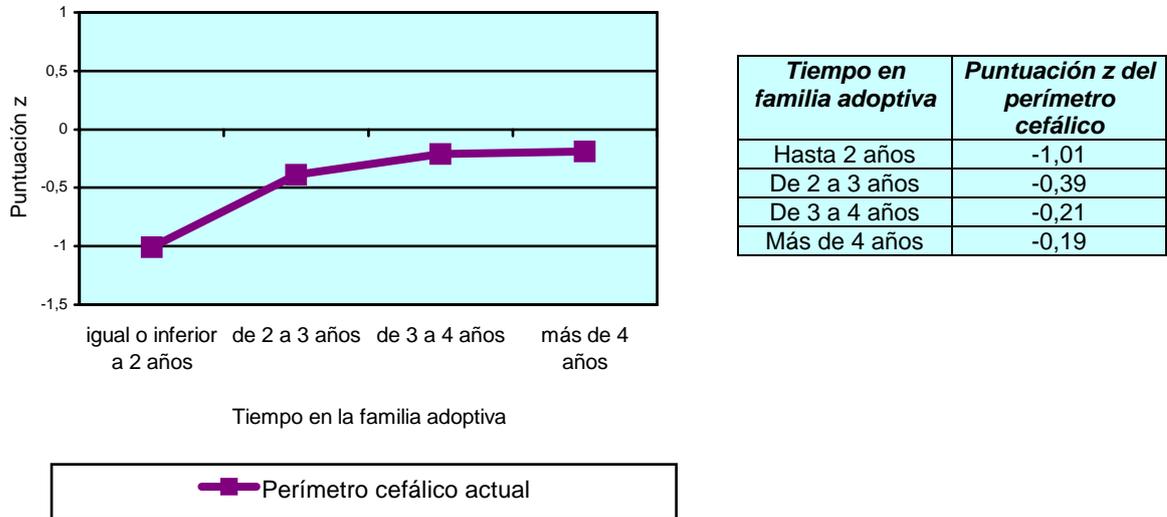
Respecto a las características de las familias adoptivas, no se han encontrado diferencias significativas en el estado del perímetro cefálico en el momento del estudio en función del nivel educativo de los padres y las madres adoptivos ($p=.893$).



Respecto a la relación entre el estado actual del perímetro cefálico y el tiempo que los niños y las niñas llevan en sus familias adoptivas, los datos muestran la existencia de una correlación positiva y significativa ($r=.168$, $p=.008$), de forma que los que llevan periodos más prolongados en las familias adoptivas son los que presentan mejores niveles en este indicador en el momento actual.

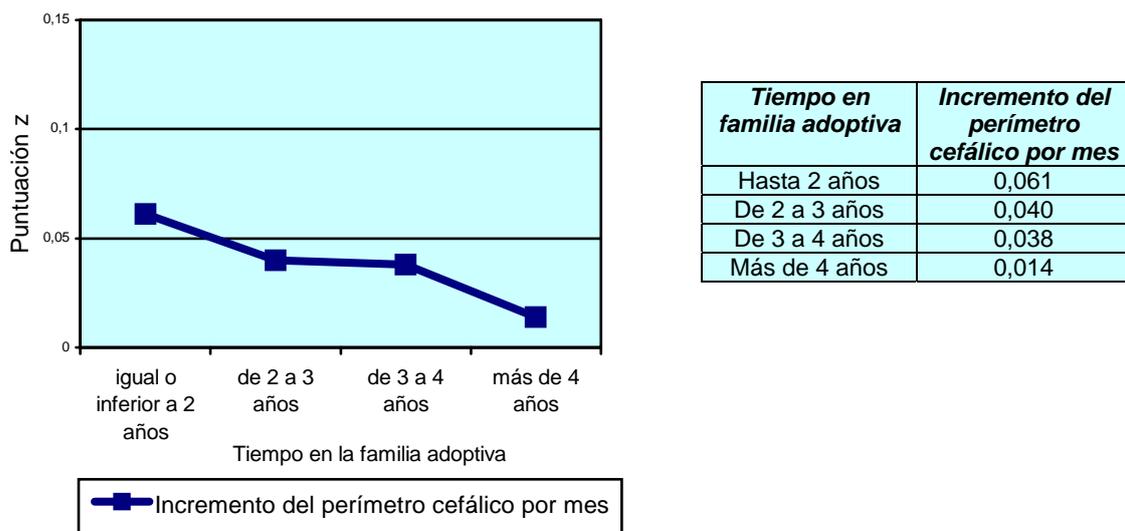
A continuación se va a analizar la recuperación del perímetro cefálico en los distintos grupos generados en función del tiempo que los niños y las niñas llevan en las familias adoptivas (hasta 2 años, entre 2 y 3 años, entre 3 y 4 años y más de 4 años). El estado del perímetro cefálico actual entre aquellos que llevan un periodo inferior o igual a dos años se sitúa dentro de los márgenes del retraso moderado, mientras que en el tercer año ya se encuentra dentro de los márgenes normales, aunque continúa una leve mejora progresiva a medida que se incrementa el tiempo transcurrido en la familia adoptiva. Las diferencias entre los grupos son significativas [$F(3)=4,904$, $p=.003$], señalando las pruebas post-hoc (Tukey) que esas diferencias se dan entre el grupo que lleva dos años como máximo en la familia adoptiva frente al resto de los grupos, de manera que los que llevan menos tiempo presentan un perímetro cefálico significativamente peor el resto de los grupos.

Figura 27. Perímetro cefálico actual según el tiempo en la familia adoptiva.



Del mismo modo que con la talla, se ha hallado un *índice del incremento del perímetro cefálico por mes* (incremento de la puntuación z dividido por el tiempo en la familia adoptiva) y se ha examinado en función de los grupos que llevan distintos periodos de tiempo en las familias adoptivas. Como se observa en la figura 28, los resultados muestran una tendencia descendente en el incremento del perímetro cefálico por mes a medida que avanza el tiempo transcurrido en la familia adoptiva. Sin embargo, las diferencias no alcanzan niveles significativos ($p=.170$).

Figura 28. Incremento del perímetro cefálico por mes según el tiempo en la familia adoptiva.

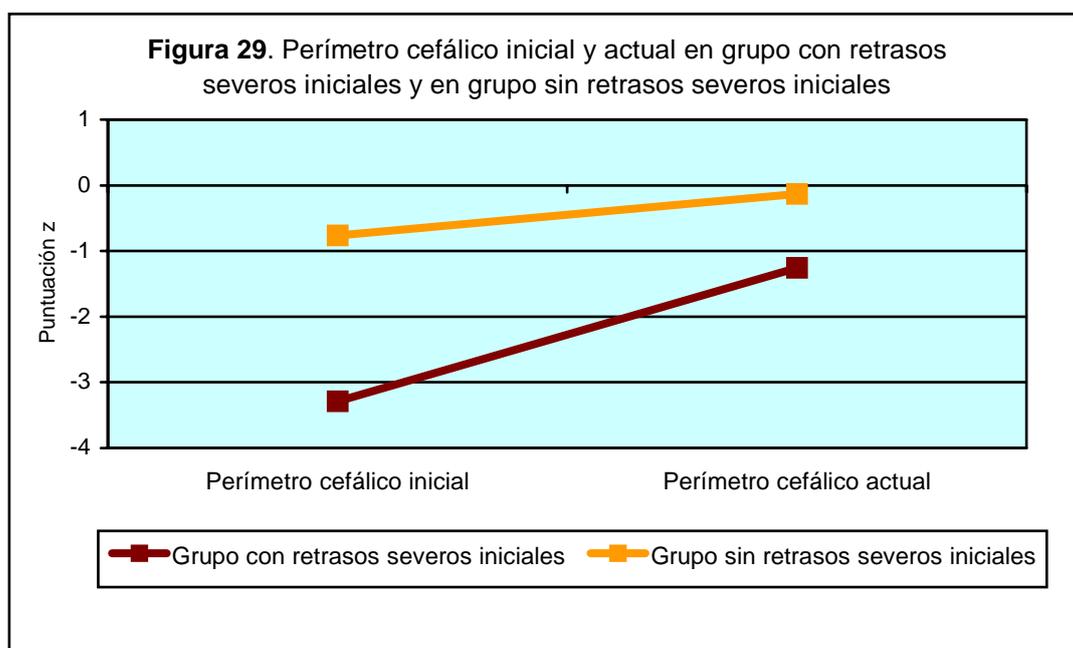


En resumen, la situación del perímetro cefálico ha mejorado de forma significativa desde el momento inicial al actual, encontrándose la situación actual y el incremento del indicador relacionados con la situación en el momento de la adopción, de forma que aquellos que tenían un peor nivel inicial realizan una mayor ganancia pero siguen encontrándose en una situación más desfavorable en el momento actual. Por otro lado, la situación del perímetro cefálico actual se encuentra relacionada con la edad en el momento de la adopción y con el tiempo en la familia adoptiva. El estado del perímetro cefálico alcanza niveles normales entre los 2 y los 3 años de estancia en la familia adoptiva, continuando aún así una leve mejora progresiva a medida que transcurren los años en la familia. Por otro lado, el incremento por mes va disminuyendo progresivamente a medida que aumenta el tiempo en las familias, aunque las diferencias en las ganancias por meses entre los distintos grupos no resultan significativas.

2.10. Evolución y situación actual de los niños y las niñas con retraso severo en el perímetro inicial

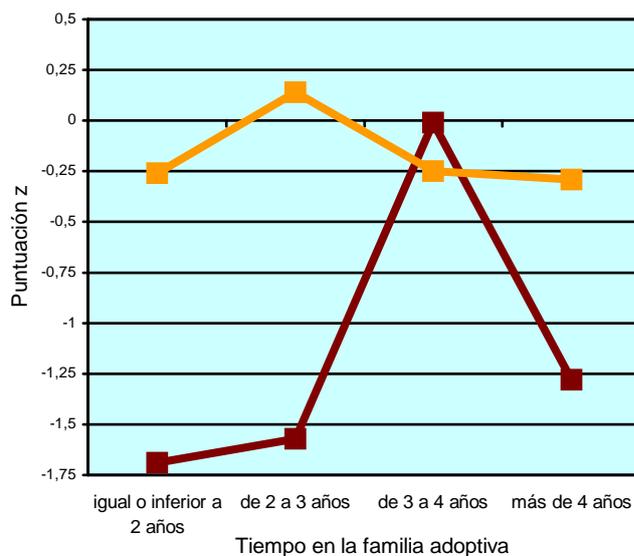
La situación del perímetro cefálico de los niños y las niñas que presentaban en el momento de la llegada un retraso severo de dicho indicador (puntuación z inferior a 2 desviaciones estándar por debajo de la media) ha mejorado de forma significativa ($p=.000$), encontrándose en el momento actual la puntuación z en $-1,26$. No obstante, en el momento actual las diferencias con el grupo que no presentaba retraso severo inicial siguen siendo significativas [$t(62)=-4,38$, $p=.000$].

El incremento en perímetro cefálico desde el momento inicial hasta el actual es significativamente superior [$t(62)=3,29$, $p=.002$] entre aquellos con retrasos severos iniciales que entre los que no presentaron este tipo de retrasos.

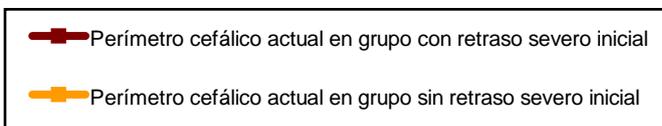


Lo datos muestran que entre los niños y las niñas de este grupo se encuentra una relación entre el tiempo en la familia adoptiva y la situación actual del indicador ($r=.478$, $p=.016$). La recuperación de los niños y de las niñas con retrasos severos iniciales del perímetro cefálico en función de los años que llevan en las familias adoptivas va alcanzando progresivamente niveles normalizados, aunque entre los que llevan un periodo inferior o igual a dos años o entre dos y tres años siguen presentando una puntuación inferior a una desviación y media por debajo de la media, lejos de una recuperación completa. Las diferencias entre los grupos resultan significativas [$F(3)=4,087$, $p=.02$], poniendo de manifiesto las pruebas post-hoc (Tukey) que los contrastes entre el grupo que lleva un periodo de hasta dos años en la familia y el que lleva entre tres y cuatro años resultan significativas, de forma que el estado es significativamente peor entre los que llevan menos tiempo en la familia. Entre los que no presentaban retraso severo inicial no se encuentran diferencias significativas entre los grupos ($p=.669$), encontrándose ya el grupo de los que llevan menos tiempo en las familias adoptivas dentro de los niveles normales.

Figura 30. Perímetro cefálico actual según el tiempo en la familia adoptiva en grupo con retraso severos iniciales y en grupo sin retrasos severos iniciales.

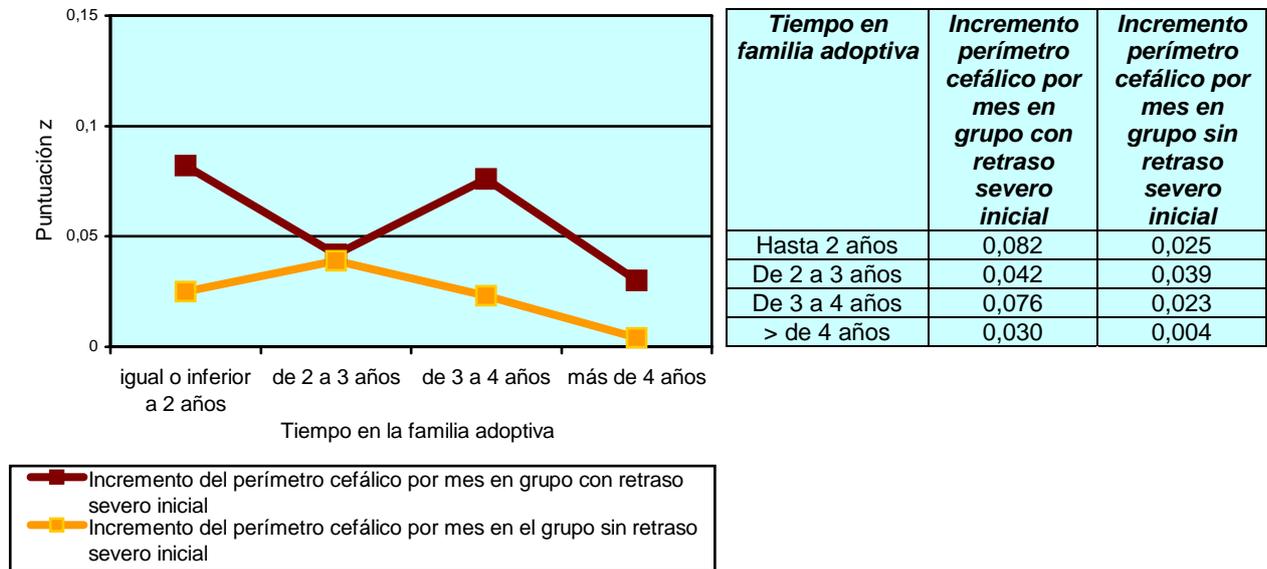


Tiempo en familia adoptiva	Z del perímetro cefálico actual en grupo con retraso severo inicial	Z del perímetro cefálico actual en grupo sin retraso severo inicial
Hasta 2 años	-1,69	-0,26
De 2 a 3 años	-1,57	0,14
De 3 a 4 años	-0,01	-0,25
> de 4 años	-1,28	-0,29



En el grupo que presentaba un retraso severo del perímetro cefálico inicial no se encuentran diferencias significativas en el incremento por mes en función del tiempo pasado en las familias adoptivas ($p=.445$). Entre los que no tenían un retraso severo inicial tampoco las diferencias resultaron significativas ($p=.425$).

Figura 31. Incremento del perímetro cefálico por mes según el tiempo en la familia adoptiva.



En resumen, los niños y las niñas que presentaban en el momento de la llegada a la familia adoptiva un retraso severo en el perímetro cefálico han mejorado de forma significativa desde la llegada, aunque la recuperación no ha sido completa, ya que la puntuación z actual se encuentra dentro de los márgenes del retraso moderado, con una puntuación significativamente inferior que la de aquellos que no presentaban este tipo de retraso inicial. Parece que a medida que transcurre el tiempo en la familia adoptiva la situación se va recuperando y el incremento por mes se mantiene bastante estable entre los grupos que llevan periodos distintos de tiempo en las familias.

3. Desarrollo psicológico general de niños y de niñas de adopción internacional

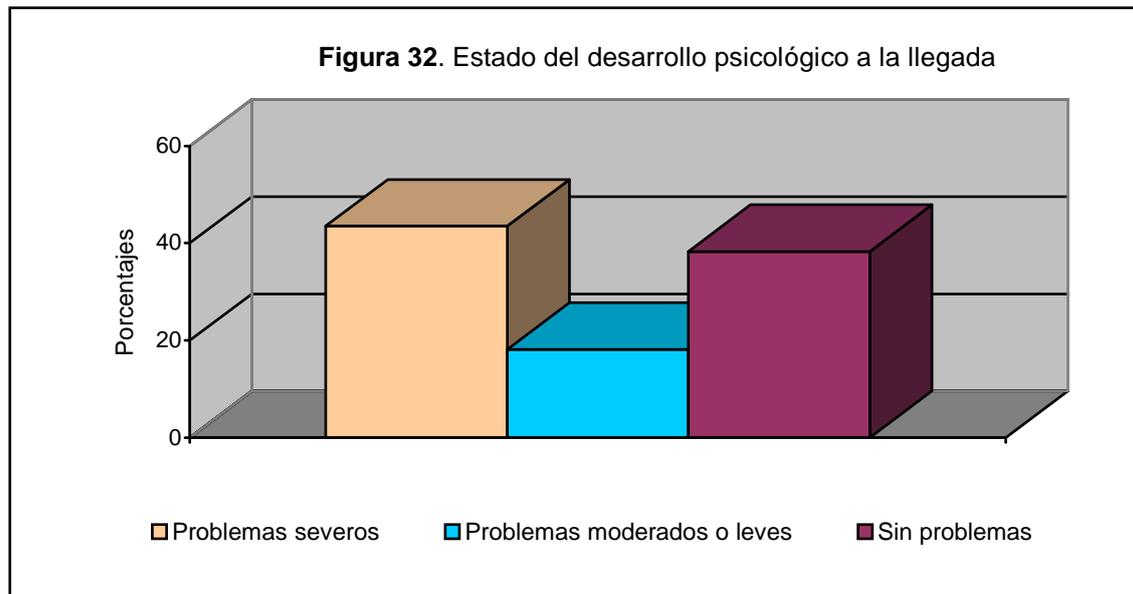
En este bloque se va a examinar el desarrollo psicológico general de los niños y las niñas de nuestra muestra a la llegada a las familias adoptivas, así como la situación en el momento del estudio y la evolución llevada a cabo desde la adopción hasta el momento actual, examinando también los factores que puedan estar relacionados con el nivel del desarrollo psicológico general. Al igual que se hizo al analizar el desarrollo físico, se examinarán las características de los niños y las niñas que llegaron a sus familias adoptivas con problemas severos o graves en el desarrollo psicológico inicial, así como la situación actual y la evolución de este grupo desde la llegada al momento del estudio. En este bloque se irá analizando la relación entre el desarrollo físico y el desarrollo psicológico general a la llegada y en el momento actual. Para este análisis, se examinará la relación del desarrollo psicológico con dos de los indicadores antropométricos examinados: la talla y el perímetro cefálico, pero no así con el peso, ya que los primeros son los indicadores que más se relacionan con la

historia de privación, mientras que el peso parece estar más relacionado con el estado nutricional actual y han sido la talla y el perímetro cefálico los que generalmente se han asociado en más ocasiones con el desarrollo psicológico, (Brito y De Onis, 2004; Chang, 2002; Humpherys et al., 1985; Ivanovic et al., 2004; Tuvemo et al., 1999).

3.1. Desarrollo psicológico general en el momento de la llegada

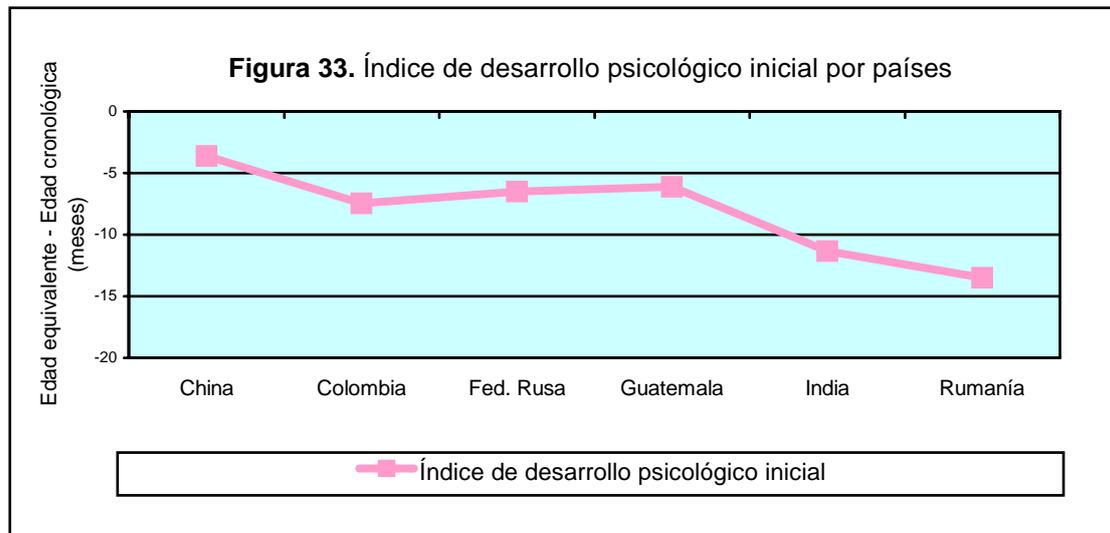
Como se comentó en el apartado de metodología, el desarrollo psicológico en el momento de la llegada a la familia adoptiva se examinó mediante la escala de desarrollo Battelle, en su versión screening, utilizada de forma retrospectiva sobre el momento de la llegada a la familia a través de la información aportada por los padres y las madres adoptivos. Las puntuaciones obtenidas en esta prueba se han convertido en edades equivalentes, que indican la puntuaciones directas medias correspondientes a una edad, y a partir de ellas se ha calculado un *índice de desarrollo psicológico general* a través de la diferencia entre la edad equivalente obtenida en la prueba y la edad cronológica del menor en el momento de la adopción, de forma que la puntuación resultante refleja los meses que el niño o la niña se encuentra adelantado (si la puntuación es superior a 0) o retrasado (si es inferior a 0) respecto al nivel de desarrollo psicológico general esperado para su edad cronológica. Por otro lado, las puntuaciones directas obtenidas en la prueba también se han convertido en puntuaciones típicas (de la manera indicada en la prueba) para obtener de esta forma una puntuación estandarizada que sirva como criterio para definir la presencia de problemas en el desarrollo psicológico inicial.

En el momento de la adopción, el índice de desarrollo psicológico general de los niños y las niñas estudiados se sitúa por debajo de la media, concretamente con una puntuación de $-7,63$ meses (desv. tip. $=10,83$), es decir, que la edad equivalente de estos niños y estas niñas a la llegada presenta un retraso medio de casi 8 meses respecto a lo esperado en función a la edad cronológica en el momento de la adopción. En cuanto a las puntuaciones estandarizadas, consideraremos que una puntuación de 1 desviación típica está indicando un nivel adecuado del desarrollo psicológico; que una puntuación de -1 ó $-1,5$ implica la presencia de problemas leves o moderados; y que una puntuación de -2 señala la existencia de problemas severos en el desarrollo psicológico inicial. Como ilustra la figura 32, los resultados de la valoración psicológica indican que la mayoría de los niños y de las niñas del estudio han llegado a sus familias adoptivas con problemas en el desarrollo psicológico general, ya que tan sólo un 38,3% muestra un funcionamiento adecuado, mientras que el 18,2% presenta un problema leve o moderado y el 43,5% llega a sus familias adoptivas con un problema severo en el desarrollo psicológico general.



Respecto a las características de los niños y las niñas a la llegada a las familias adoptivas, el índice de desarrollo psicológico inicial se encuentra relacionado de forma negativa y significativa con la edad en el momento de la llegada, siendo los niños y las niñas adoptados con una mayor edad los que presentan puntuaciones más negativas, mientras que edades inferiores se relacionan con mejores niveles del índice psicológico inicial ($r=-0,602$, $p=.000$).

La figura 33 describe el valor del índice de desarrollo psicológico general de los niños y de las niñas en función del país de origen. Como puede observarse, existen importantes diferencias entre los procedentes de un país u otro, alcanzando las diferencias niveles significativos [$F(5)=5,508$, $p=.000$]. Las pruebas post-hoc (Tamhane) indican que las diferencias entre el índice de desarrollo psicológico general de los niños y de las niñas que llegan de China, que muestra puntuaciones cercanas a la media, y el índice de desarrollo psicológico general de los procedentes de India o Rumanía, entre los que las diferencias entre la edad equivalente y la edad cronológica son mucho más marcadas, son significativas.



Por otro lado, se encuentran diferencias en el índice de desarrollo psicológico general en el momento de la llegada en función del género, de manera que los niños presentan una puntuación inferior que las niñas, resultando esas diferencias significativas ($p=.038$).

Respecto a la relación con la institucionalización, aquellos que estuvieron institucionalizados antes de ser adoptados presentan un nivel inferior en el índice de desarrollo psicológico (-8,76 meses) que aquellos que no pasaron por esa experiencia (-3,89 meses), alcanzando esas diferencias niveles significativos ($p=.00$). Además, la duración de la institucionalización se encuentra relacionada de forma negativa y significativa con el índice de desarrollo psicológico inicial ($p=.00$), de forma que estancias más prolongadas en las instituciones se asocian a puntuaciones inferiores en este índice, mientras que periodos más cortos se relacionan con puntuaciones más elevadas.

Los niños y las niñas que pasaron un tiempo con sus madres biológicas presentan un nivel más desajustado en el índice de desarrollo psicológico inicial (-9,36 meses) que aquellos que no tuvieron esa experiencia (-6,17 meses), resultando las diferencias significativas ($p=.036$) y la prolongación del tiempo con la madre biológica se relaciona de forma negativa con la puntuación del índice de desarrollo psicológico general a la llegada ($p=.000$). Por otra parte, el haber pasado por una experiencia de malos tratos también afecta de forma significativa al nivel del índice psicológico a la llegada ($p=.000$), de tal manera que aquellos que sufrieron malos tratos antes de la adopción presentan un nivel inferior en este índice (-11,53 meses) que aquellos que no los sufrieron (-4,36 meses).

En cuanto al desarrollo físico, los resultados del estudio muestran que el nivel del índice de desarrollo psicológico en el momento de la llegada a la familia adoptiva se encuentra relacionado con el estado del desarrollo físico en ese mismo momento, de forma que la relación entre la talla inicial y el índice psicológico inicial es positiva ($r=.239$) y significativa ($p=.001$), al igual que ocurre en la relación entre el perímetro cefálico inicial y este índice ($r=.264$, $p=.034$), por lo que puntuaciones más elevadas en el desarrollo físico inicial se asocian a valores más altos en el índice de desarrollo psicológico general a la llegada, mientras que niveles más bajos en el desarrollo físico se relacionan con puntuaciones más retrasadas en el índice psicológico.

En este apartado hemos visto que en el momento de la llegada a las familias adoptivas, los niños y niñas estudiados muestran niveles muy retrasados en el desarrollo psicológico, así como problemas en el desarrollo psicológico en muchos casos. Por otro lado, las experiencias de más adversidad (haber estado institucionalizado o conviviendo con la madre biológica, periodos más prolongados de esa institucionalización o de la estancia con la madre biológica, experiencias de maltrato), así como las edades más elevadas en el momento de la adopción se relacionan con mayores afectaciones en el desarrollo psicológico inicial. Del mismo modo, las niñas presentan un mejor nivel del desarrollo psicológico a la llegada y son India y Rumanía los países de los que proceden los niños y niñas más afectados, mientras que de China llegan los que mejores niveles psicológicos presentan.

3.2. Niños y niñas con problemas severos en el desarrollo psicológico inicial

A continuación se van a analizar las características del grupo de niños y de niñas que llegaron a sus familias adoptivas con un problema severo en el desarrollo psicológico general, es decir, aquellos cuya puntuación en la prueba psicológica se situaba a dos desviaciones típicas por debajo de la media. Para llevar a cabo la exploración, las características de este grupo se han comparado con las del resto de niños y de niñas del estudio.

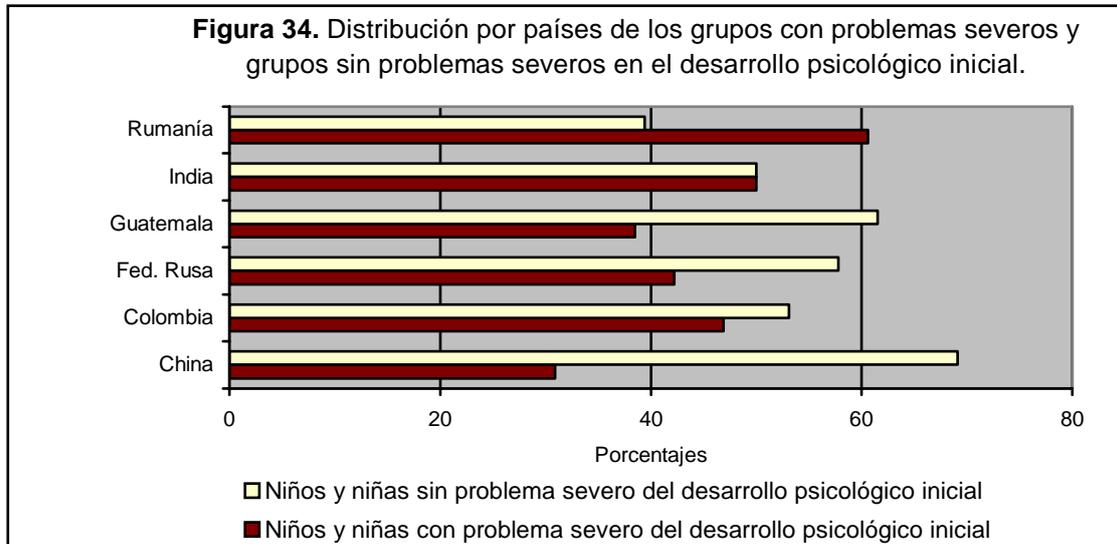
Los niños y las niñas que en el momento de la adopción presentaban una grave afectación en el desarrollo psicológico, como se ha señalado en el apartado anterior, representan el 43,5% de los evaluados. Los datos muestran que los niños y las niñas que presentan problemas severos en el desarrollo psicológico a la llegada son mayores en el momento de la adopción (40,2 meses) que los que no presentan este tipo de problemas (26,5 meses), alcanzando las diferencias niveles significativos [$t(235,587)=-4,089, p=.000$]. Para llevar a cabo otra aproximación a la relación entre la presencia de problemas psicológicos severos y la edad de llegada, hemos analizado la distribución en cada grupo de los que fueron adoptados con una edad inferior o igual a 12 meses frente a los que fueron adoptados con una edad superior. Los resultados muestran que dentro del grupo con un problema severo en el desarrollo psicológico el 20,5% fue adoptado con una edad inferior o igual a 12 meses, mientras que en el grupo sin problemas severos el porcentaje de los que habían sido adoptados en este intervalo de edad se eleva al 30,9%, acercándose estas diferencias a niveles significativos ($p=.055$). Por otro lado, se encuentran diferencias en función del género [$\chi^2(1)=4,002, p=.045$], de forma que el porcentaje de chicas en el grupo con problema severo del desarrollo psicológico inicial es significativamente inferior que en el otro grupo.

Tabla 23. Características generales de los niños y las niñas con problemas severos en el desarrollo psicológico inicial frente a los que no presentan este tipo de problemas.

	Niños y niñas con problemas severos en el desarrollo psicológico inicial	Niños y niñas sin problemas severos en el desarrollo psicológico inicial
<i>Edad de llegada (meses)</i>	40,2**	26,5**
<i>Porcentaje que llegó con una edad <= 12 meses</i>	20,5%	30,9%
<i>Porcentaje de niñas</i>	57,3%*	69,1%*
<i>Porcentaje de niños</i>	42,7%*	30,9%*

*p<.05, **p<.01

Como se observa en la figura 34, la proporción de niños y de niñas con problemas severos en el desarrollo psicológico inicial difiere en función del país que se analice. De esta forma, entre los procedentes de Colombia, Federación Rusa, Guatemala y China (especialmente) la mayoría de los niños y de las niñas llegaron a España sin problemas severos en el desarrollo psicológico, mientras que la mitad de los que llegaron de India muestra problemas severos en el desarrollo psicológico. Por otro lado, destaca Rumanía por la alta incidencia de problemas severos entre los procedentes de este país, ya que la mayoría de ellos padecen este tipo de problemas a la llegada a la familia adoptiva.



Respecto a la historia preadoptiva, entre los que muestran un problema severo del desarrollo psicológico inicial es más elevado el porcentaje de los que han estado institucionalizados o de los que han pasado un tiempo con la madre biológica, aunque las diferencias no resultan significativas en ninguno de los casos ($p=.056$ y $p=.269$). El tiempo pasado con la madre biológica tampoco difiere entre ambos grupos de forma significativa ($p=.211$). Sin embargo, la duración del periodo institucional sí es significativamente superior entre los que presentan problemas severos en el desarrollo psicológico inicial frente a aquellos que no presentan este tipo de problemas a la llegada a las familias adoptivas [$t(204,920)=-3,117$, $p=.002$]. Por otro lado, el porcentaje de los que sufrieron malos tratos antes de la adopción es superior entre

aquellos que en el momento de la llegada presentaban un problema severo en el desarrollo psicológico, alcanzando las diferencias niveles significativos [$\chi^2(1)=10,063$, $p=.002$].

Tabla 24. Características de la historia preadoptiva de los niños y las niñas con problemas severos en el desarrollo psicológico inicial frente a los que no presentan este tipo de problemas.

	Niños y niñas con problemas severos en el desarrollo psicológico inicial	Niños y niñas sin problemas severos en el desarrollo psicológico inicial
Porcentaje de niños y niñas institucionalizados	84,5%	74,8%
Duración de la institucionalización (meses)	21,63**	14,27**
Porcentaje de niños y niñas que pasaron un tiempo con sus madres biológicas	52,7%	45,5%
Duración del periodo con la madre biológica (meses)	11,38%	8,01%
Porcentaje de niños y niñas que sufrieron malos tratos	61,6%**	38,9%**

* $p<.05$, ** $p<.01$

Si analizamos el estado del desarrollo físico a la llegada, el grupo de niños y de niñas con problemas severos del desarrollo psicológico inicial muestra una puntuación z inferior o igual a dos desviaciones estándar por debajo de la media en la talla y en el perímetro cefálico a la llegada (puntuación z de -2 y $-2,3$ respectivamente), mientras que en el grupo que no presenta problemas severos en el desarrollo psicológico inicial, las puntuaciones en talla inicial y perímetro cefálico inicial no son tan bajas (puntuación z de $-1,06$ y $-1,15$ respectivamente), alcanzando las diferencias entre el grupo con problemas severos en el desarrollo psicológico general y el grupo sin ellos niveles significativos en ambos casos [$t(203)=3,163$, $p=.002$] y [$t(63)=3,115$, $p=.003$]. Además, entre aquellos con problemas severos del desarrollo psicológico inicial es significativamente más elevada la probabilidad de encontrar retrasos severos en la talla en el momento de la adopción que entre los que no muestran una grave afectación psicológica inicial [$\chi^2(1)=10,281$, $p=.001$]; del mismo modo que es más probable encontrar retrasos severos en el perímetro cefálico a la llegada a la familia adoptiva entre aquellos niños y niñas con problemas severos en el desarrollo psicológico inicial, que entre los que no presentan este tipo de problemas [$\chi^2(1)=4,628$, $p=.031$].

Tabla 25. Características de desarrollo físico inicial de los niños y las niñas con problemas severos en el desarrollo psicológico inicial frente a los que no presentan estos problemas.

	Niños y niñas con problemas severos en el desarrollo psicológico inicial	Niños y niñas sin problemas severos en el desarrollo psicológico inicial
<i>Puntuación z de la talla inicial</i>	-2**	-1,06**
<i>Porcentaje de niños y niñas con retraso severo en talla inicial</i>	49,5%**	27,7%**
<i>Puntuación z del perímetro cefálico inicial</i>	-2,3**	-1,15**
<i>Porcentaje de niños y niñas con retraso severo en perímetro cefálico inicial</i>	50%*	24,2%*

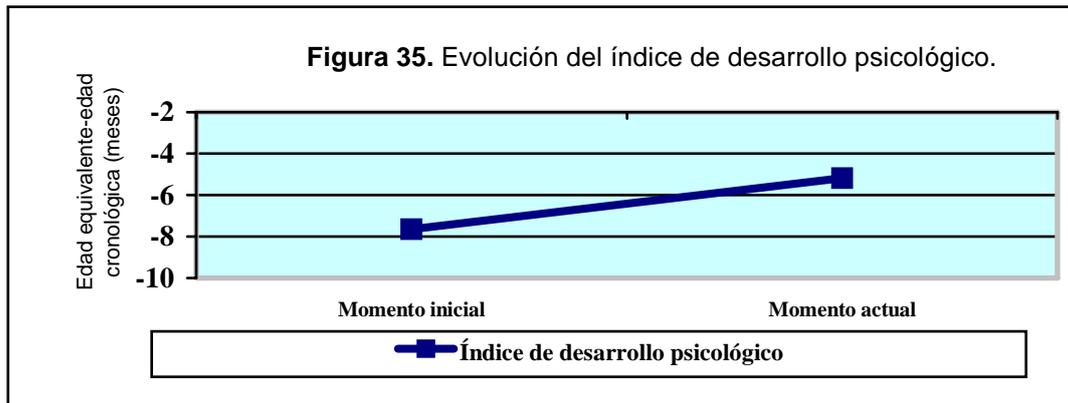
*p<.05, **p<.01

En resumen, los niños y las niñas que presentan un problema severo del desarrollo psicológico a la llegada a las familias adoptivas se diferencian de los que no presentan estos problemas en la edad en el momento de la adopción (que es más elevada entre aquellos con problemas severos), en las distribuciones por género (con proporciones más elevadas de chicos que en el otro grupo), en la duración de la institucionalización (más prolongada) y en la proporción (más alta) de niños y niñas que han sufrido malos tratos previos a la adopción. Entre los procedentes de Rumanía e India se encuentran los porcentajes más elevados de adoptados con este tipo de problemas a la llegada.

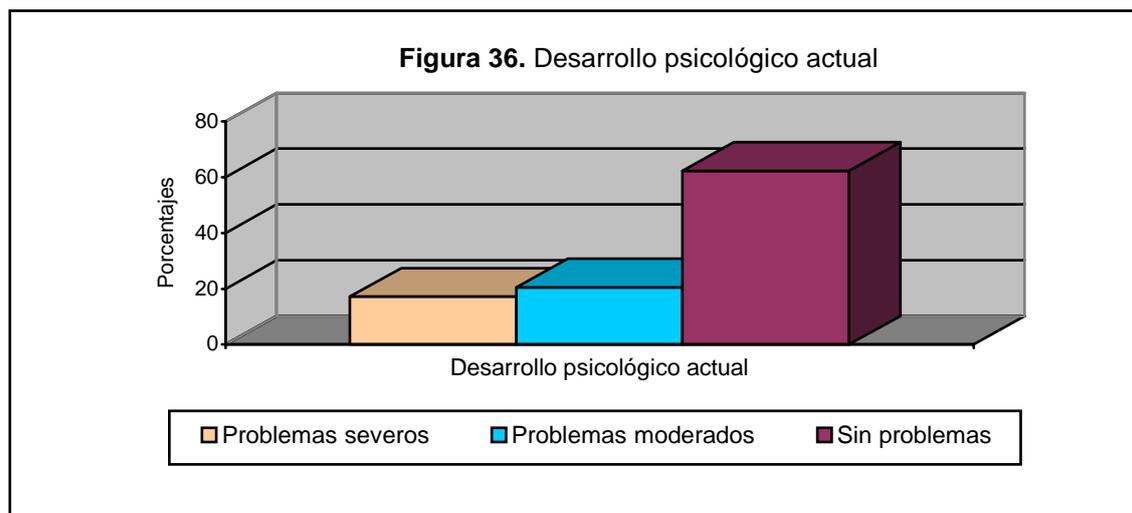
3.3. Evolución y situación actual del desarrollo psicológico general

La valoración del desarrollo psicológico general en el momento del estudio se llevó a cabo a través de la prueba Battelle (entre los que tenían menos de 6 años) y de la prueba Wisc-r (entre los que tenían una edad igual o superior a 6 años), tal y como se explicó en el apartado de metodología. Se trata de dos escalas bastante diferentes, como se señaló anteriormente, lo que requiere cierta precaución a la hora de la generalización de los resultados. Del mismo modo que se hizo en el momento inicial, para la valoración global del desarrollo psicológico actual se calculó un índice de desarrollo psicológico general a través de la diferencia entre la edad equivalente obtenida en la prueba de valoración psicológica aplicada (Battelle o Wisc-r) y la edad cronológica del adoptado en el momento del estudio, de forma que la puntuación obtenida refleja los meses que el niño o la niña se encuentra adelantado (si la puntuación es superior a 0) o retrasado (si es inferior a 0) respecto al nivel de desarrollo psicológico esperado para su edad cronológica en ese momento.

Los datos de la valoración psicológica reflejan que la puntuación media del índice de desarrollo psicológico actual se encuentra a -5,17 meses respecto a la edad cronológica (desv. tip. =14,57), resultando las diferencias entre el índice inicial y el actual significativas ($p=.000$).

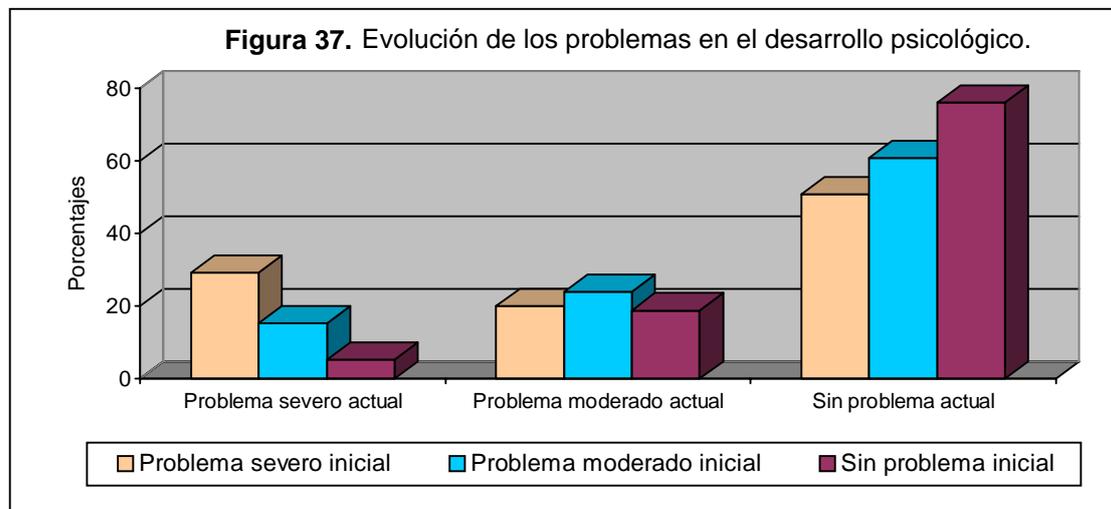


Los resultados del Battelle y del WISC-r se han agrupado en tres categorías en función de las puntuaciones estandarizadas obtenidas en la prueba: puntuaciones que indican problemas severos (todos aquellos que en el Battelle presenten una puntuación z comprendida entre -2,33 y -1,56 y aquellos que en el Wisc-r muestren una puntuación en CI por debajo de 77), puntuaciones que señalan la presencia de problemas moderados (todos aquellos que en el Battelle presenten una puntuación z comprendida entre -1,56 y -0,68 y aquellos que en Wisc-r obtienen una puntuación en CI que va de 78 a 89) y puntuaciones que revelan la ausencia de problemas en el desarrollo psicológico actual (todos aquellos que en el Battelle presenten una puntuación z superior a -0,68 y aquellos que en Wisc-r obtienen una puntuación en CI superior a 89). En el momento del estudio, el porcentaje de niños y de niñas que presentan un buen funcionamiento psicológico (sin manifestar problemas) ascienden al 62,3%, mientras que aquellos que presentan un problema moderado representan el 20,5% y el 17,2% aquellos que muestran un problema severo en el desarrollo psicológico en el momento del estudio. Por tanto, desde el momento inicial al actual el porcentaje de problemas severos se ha reducido en un 26,3%, el de los problemas moderados ha aumentado en un 2,3% y el porcentaje de niños y de niñas que presentan un funcionamiento adecuado se ha incrementado en un 24%.



Respecto al momento inicial, más de la mitad (50,9%) de los niños y las niñas que presentaban problemas severos en el desarrollo psicológico inicial presentan tres

años después una puntuación en desarrollo psicológico en la media o por encima de la misma, mientras que un 29,1% sigue mostrando problemas severos en el momento actual y un 20% ha pasado a presentar problemas moderados. También entre los que mostraban un problema moderado en el momento inicial una gran proporción (60,9%) ha dejado de mostrar problemas en el desarrollo psicológico, mientras que un 15,2% ha pasado a presentarlos graves y un 23,9% muestra un retraso similar al del momento inicial en el momento actual. Por otro lado, casi todos los niños y las niñas que a la llegada a la familia adoptiva no presentaban problemas en el desarrollo psicológico siguen sin presentarlos en el momento actual (76%), mientras que el 18,8% ha pasado a mostrar un problema moderado y el 5,2% un problema severo.

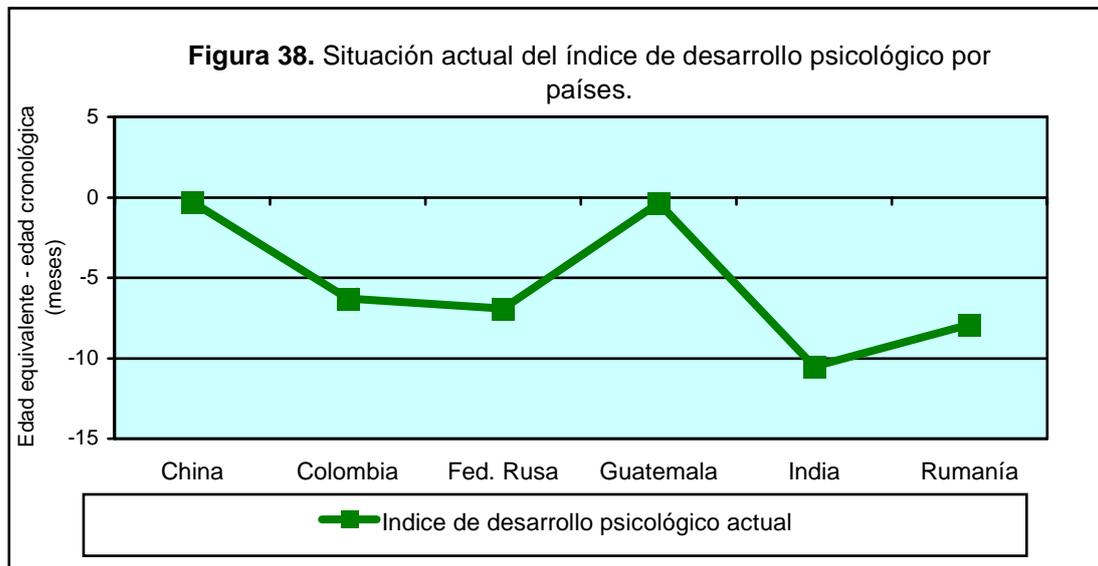


El índice de desarrollo psicológico inicial se encuentra relacionado de forma positiva ($r=.517$) y significativa ($p=.000$) con el índice psicológico actual, de forma que aquellos que presentaban mejores niveles iniciales son los que en el momento del estudio presentan índices de desarrollo psicológico superiores. Además, el incremento del índice de desarrollo psicológico desde el momento inicial al actual (la diferencia entre el índice de desarrollo psicológico actual y el inicial) también se encuentra relacionado pero de forma negativa y significativa con el estado del desarrollo inicial ($p=.000$), de manera que aquellos que presentaban niveles inferiores en el momento inicial han incrementado en mayor medida su índice psicológico, frente a aquellos que estaban en una mejor situación inicial y que han llevado a cabo una ganancia menor en este índice psicológico.

La edad que los niños y las niñas tenían en el momento de la adopción se encuentra relacionada negativamente con la puntuación del índice de desarrollo psicológico actual ($r=-0,592$, $p=.000$), por lo que los que fueron adoptados siendo más mayores presentan un nivel inferior del índice psicológico actual frente a los adoptados con menos edad, que presentan mejores puntuaciones.

Por otro lado, se encuentran diferencias en el desarrollo psicológico actual en función del país de procedencia [$F(5)=3,995$, $p=.002$]. La prueba post-hoc (Tamhane) indica que la situación de los procedentes de India es la más desfavorecida, mientras

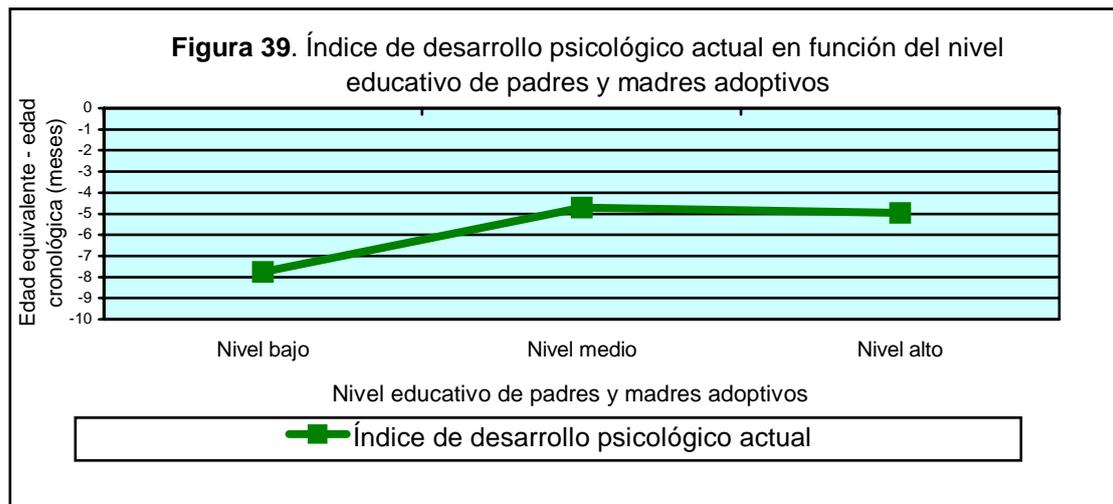
que los procedentes de China y Guatemala presentan los índices más altos en el momento actual. Las diferencias en los incrementos del índice de desarrollo psicológico desde el momento inicial al actual de los procedentes de los distintos países no resultan significativos ($p=.869$).



El desarrollo psicológico actual varía en función del género, de forma que las niñas presentan un mejor funcionamiento que los niños (índice de desarrollo psicológico igual a $-3,52$ en las niñas y a $-8,08$ en los niños), alcanzando las diferencias niveles significativos [$t(266)=2,489$, $p=.013$].

Respecto a la historia preadoptiva de estos niños y de estas niñas, se encuentran diferencias significativas en el índice de desarrollo psicológico actual entre los que estuvieron institucionalizados antes de la adopción (puntuación de $-5,79$) y aquellos que no estuvieron en instituciones (puntuación de $-2,32$), resultando las diferencias significativas [$t(146,385)=-2,207$, $p=.029$], como también resulta significativa la relación entre la duración de la institucionalización y la puntuación del índice de desarrollo psicológico actual ($r=-0,457$, $p=.000$), de forma que aquellos que pasaron estancias más prolongadas en instituciones presentan en el momento actual puntuaciones inferiores en el índice. Los que pasaron un tiempo con la madre biológica presentan una puntuación en el índice psicológico (puntuación igual a $-8,79$) inferior a los que no pasaron un tiempo de convivencia con ella (puntuación igual a $-1,47$), alcanzando las diferencias niveles significativos [$t(166,792)=-4,003$, $p=.000$]. Además, la duración de la convivencia con la madre biológica se encuentra relacionada de forma negativa con la puntuación del índice psicológico ($r=-0,423$, $p=.000$), de tal forma que estancias más prolongadas se asocian con puntuaciones inferiores. Por otro lado, los que sufrieron una experiencia de malos tratos antes de la adopción puntúan menos en el índice actual (puntuación igual a $-8,55$) que aquellos que no pasaron por esa experiencia (puntuación igual a $-0,19$), resultando las diferencias significativas [$t(132,236)=-4,259$, $p=.000$].

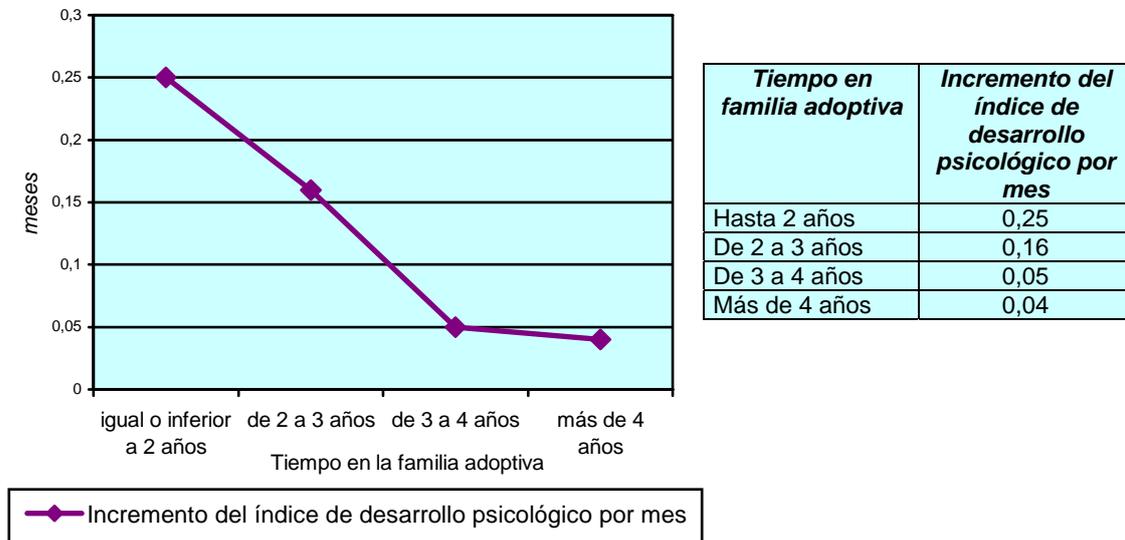
Respecto a la relación con el desarrollo físico, los datos no muestran que el índice de desarrollo psicológico actual se encuentre relacionado de forma significativa con las puntuaciones z de la talla o del perímetro cefálico ni en el momento inicial ($p=.09$ y $p=.739$ respectivamente) ni en el actual ($p=.769$ en la talla y $p=.306$ en el perímetro cefálico). Al analizar las características entre las familias adoptivas tampoco se han encontrado diferencias en los índices de desarrollo psicológico actual en función del nivel educativo de los padres y madres adoptivos ($p=.678$).



Respecto al tiempo transcurrido en la familia adoptiva, los datos no muestran que se encuentre relacionado de forma significativa con el índice de desarrollo psicológico en el momento del estudio ($p=.072$). Si analizamos cómo es la situación actual de los niños y las niñas en función de los grupos segmentados por años que llevan en las familias adoptivas (hasta dos años, entre dos y tres años, entre tres y cuatro años, más de cuatro años) tampoco se encuentran diferencias significativas entre la situación actual de los distintos grupos ($p=.71$).

Como se hiciera con los indicadores antropométricos de desarrollo físico, se ha hallado un *índice de incremento del índice de desarrollo psicológico por mes* (la diferencia entre el índice de desarrollo psicológico actual y el inicial dividido por el tiempo transcurrido en la familia adoptiva) y se ha examinado en función del tiempo de estancia en las familias adoptivas. Como se observa en la figura 40, el incremento por mes descende progresivamente a medida que aumenta el tiempo en la familia, resultando las diferencias entre los grupos significativas, de manera que el incremento del índice por mes entre aquellos que llevan menos tiempo en las familias adoptivas es significativamente superior que entre los que llevan más tiempo [$F(3)=3,452$, $p=.017$]. Las pruebas post-hoc nos indican que las diferencias se encuentran entre el grupo de los que llevan hasta dos años en las familias adoptivas y entre aquellos que llevan más de cuatro años.

Figura 40. Incremento del índice de desarrollo psicológico por mes según el tiempo en la familia adoptiva.

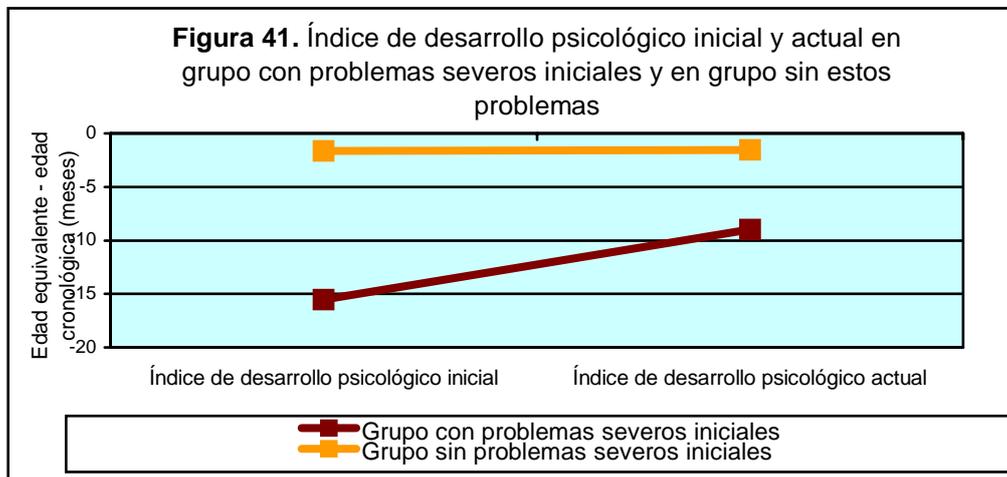


En resumen, el desarrollo psicológico general en el momento del estudio ha mejorado de forma significativa desde el momento inicial, aunque un 17,2% sigue presentando un problema severo en el desarrollo psicológico actual. Los niños y las niñas que presentaban índices de desarrollo psicológico inicial más retrasados, que fueron adoptados con mayor edad, que estuvieron institucionalizados, que pasaron un tiempo con la madre adoptiva, así como aquellos en los que esos periodos fueron más prolongados o los que sufrieron malos tratos antes de la adopción son los que puntúan menos en el índice psicológico en el momento del estudio. Por otro lado, este índice no se encuentra relacionado con el desarrollo físico inicial o actual, mientras que sí se han hallado diferencias en función del género y del país de origen, siendo India el país del que proceden los niños y las niñas con las puntuaciones inferiores en el índice psicológico actual, mientras que China y Guatemala son los países de los que proceden los que presentan mejores niveles. Por último, no se ha encontrado relacionado el tiempo transcurrido en la familia adoptiva con el desarrollo psicológico actual, aunque el incremento del índice psicológico por mes es superior entre los que llevan menos tiempo en las familias.

3.4. Recuperación y situación actual de los niños y las niñas con problemas severos en el desarrollo psicológico inicial

Los niños y las niñas que en el momento de la adopción presentaban problemas graves en el desarrollo psicológico (una puntuación correspondiente a -2 desviaciones típicas en la escala aplicada) han realizado un gran avance en los tres años que como media llevan en las familias adoptivas, ya que el índice de desarrollo psicológico ha mejorado de forma significativa respecto al momento inicial ($p=.000$). El incremento del índice psicológico es significativamente superior entre aquellos que presentaban problemas severos iniciales que entre los que no los presentaban ($p=.000$). Sin embargo, el incremento realizado por el grupo con problemas severos a la llegada sitúa al índice de desarrollo psicológico actual de los niños y las niñas de este grupo en $-8,97$ meses, lo que implica diferencias significativas con respecto a los

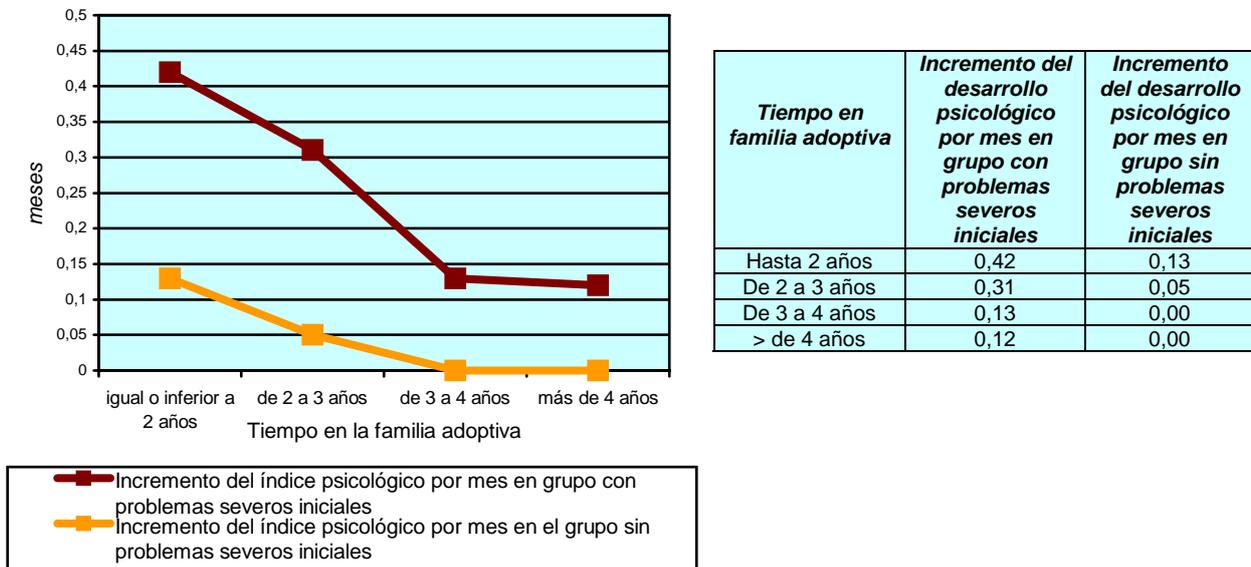
niños y las niñas que no presentaban problemas severos iniciales y cuyo índice de desarrollo psicológico se sitúa cercano a la media (con una puntuación de $-1,56$), resultando las diferencias entre ambos grupos significativas [$t(167,964)=4,135$, $p=.000$].



Entre los niños y las niñas que presentaban problemas severos en el desarrollo psicológico inicial tampoco se encuentra relacionado el tiempo que llevan en las familias adoptivas con el índice psicológico actual ($p=.153$) y las diferencias entre los grupos que llevan distintos periodos de tiempo en la familia adoptiva (hasta dos años, entre dos y tres años, entre tres y cuatro años y más de cuatro años) tampoco resultan significativas ($p=.289$). Entre los que no presentaban un problema severo inicial los resultados son similares; no se encuentra que la relación entre el tiempo en la familia adoptiva y el índice psicológico actual sea significativa ($p=.245$), ni se dan importantes diferencias entre los grupos que llevan distintos periodos de tiempo en la familia adoptiva ($p=.808$).

Y en cuanto al incremento del índice del desarrollo psicológico por mes, los datos indican que en ambos grupos se muestra una clara tendencia descendente en el incremento del índice, de forma que son más elevados en los primeros años de estancia en las familias adoptivas que posteriormente; tendencia que llega a alcanzar la significatividad en el grupo con problemas severos iniciales ($p=.048$), algo que no sucede en el grupo que no presentaba estos problemas ($p=.518$).

Figura 42. Incremento del índice de desarrollo psicológico por mes según el tiempo en la familia adoptiva.



Resumiendo, los niños y las niñas que en el momento de la llegada a la familia adoptiva presentaban un problema severo en el desarrollo psicológico han hecho un gran avance, incrementando de manera significativa el índice de desarrollo psicológico. Sin embargo, el índice de desarrollo psicológico actual sigue siendo inferior en este grupo que entre los que en el momento inicial no presentaban problemas severos del desarrollo. Entre aquellos con problemas severos iniciales no se ha encontrado relacionado el tiempo en la familia adoptiva con el índice psicológico inicial, aunque los resultados muestran un descenso del incremento del índice de desarrollo psicológico por mes a medida que aumenta el tiempo en la familia adoptiva.

Capítulo 4. Discusión

En las próximas páginas se llevará a cabo una reflexión acerca de los resultados expuestos en el capítulo anterior, intentando responder a los objetivos con los que iniciábamos este trabajo y contrastando nuestros resultados con los procedentes de los estudios revisados en la primera parte. La estructura de este capítulo sigue un esquema coherente con el seguido en los capítulos previos, de forma que en un primer momento se reflexionará acerca de los resultados de la valoración del desarrollo físico de los niños y las niñas de adopción internacional de la muestra, a continuación se examinarán los resultados extraídos de la valoración del desarrollo psicológico y posteriormente se reflexionará acerca de la relación entre el desarrollo físico y el psicológico en los niños y niñas de adopción internacional.

1. Desarrollo físico en niños y niñas de adopción internacional

Las experiencias por las que han pasado los niños y las niñas de adopción internacional antes de ser adoptados han estado marcadas, en demasiadas ocasiones, por una profunda privación. La historia vivida hasta la llegada a sus familias adoptivas ejerce su influencia en el comienzo de esta nueva etapa. Esto es lo que reflejan nuestros datos, puesto que en el momento en que estos niños y estas niñas son adoptados, muchos de ellos muestran un llamativo retraso en el crecimiento físico. No obstante, debemos destacar que los resultados aquí expuestos son los promedios obtenidos por la muestra, y que las diferencias interindividuales reflejan una de las características más importantes de la misma.

Los resultados de nuestro estudio ponen de manifiesto que los niños y las niñas a la llegada a las familias adoptivas presentan un nivel muy alto de afectación de los distintos indicadores antropométricos examinados (talla, peso y perímetro cefálico). Las puntuaciones de las distintas medidas físicas a la llegada son muy bajas respecto a lo esperado según la edad de estos chicos y chicas, siendo la situación del perímetro cefálico la más alarmante, aunque sin que las diferencias entre las puntuaciones de los indicadores resulten significativas. La afectación de un indicador se encuentra relacionada de manera positiva con la afectación del resto. Y el índice de masa corporal (I.M.C.) también se muestra bastante retrasado. Todos estos datos indican que, en lo que respecta al nivel físico general a la llegada, los niños y las niñas estudiados presentan una importante afectación del desarrollo físico generalizada a todos los indicadores antropométricos. Estos resultados son coherentes con lo señalado por todas las investigaciones revisadas, en las cuales las puntuaciones de los distintos indicadores físicos de los niños y niñas de adopción internacional muestran una afectación similar a la encontrada en nuestro estudio (Albers et al., 1997; Diamond et al., 2003; Groze e Ileana, 1996; Johnson et al., 1992; Judge, 2003, 2004; Miller y Hendrie, 2000; Miller et al., 2005; Palacios et al., 2005, en prensa; Rutter et al., 1998).

Respecto a la incidencia de niños y niñas afectados por retrasos (moderados o severos) en el desarrollo físico inicial, nuestros resultados apuntan a que sólo un 15,15% de los adoptados llega a la familia adoptiva con un desarrollo adecuado en todos los indicadores físicos. Y en cuanto a la severidad de los retrasos,

aproximadamente un tercio de los niños y las niñas que hemos evaluado presenta un retraso grave en la talla, proporción similar a la de los que lo presentan en peso o en perímetro cefálico. En los estudios previos en los que se ha medido la incidencia de adoptados internacionalmente con retrasos severos en los distintos indicadores físicos, el porcentaje de afectados en cada indicador oscila entre el 16 y el 68%, encontrándose nuestros datos en una parte algo inferior de este rango. Sin embargo, en el resto de estudios el criterio para la consideración de un retraso como severo suele ser menos estricto que el utilizado en nuestro trabajo (y recomendado por la OMS).

Si nos centramos en los factores que se relacionan con el desarrollo físico en el momento de la llegada, encontramos que situaciones de mayor adversidad previa a la adopción se relacionan con estados más deficitarios de los indicadores físicos, como ocurre entre aquellos que fueron maltratados antes de la adopción y que al llegar a sus nuevas familias presentan una talla más retrasada que los que no sufrieron malos tratos previos. No obstante, sería importante profundizar en cómo actúan los distintos tipos de malos tratos sobre el desarrollo, ya que se trata de un problema muy complejo (Jiménez, 1997; Palacios et al., 1995).

Por otro lado, los resultados de este trabajo no muestran la existencia de una relación significativa entre la edad en el momento de la adopción y el desarrollo físico a la llegada, coincidiendo con lo hallado en los estudios de Palacios et al. (2005, en prensa) o Rutter et al. (1998). Investigaciones que han examinado la relación entre la duración del periodo institucional y la talla (Groze e Ileana, 1996; Johnson, 2000; Johnson et al., 1992) muestran la existencia de una relación significativa en las muestras analizadas de forma global, mientras que Johnson et al. (1992) hallaron que esta relación era diferente en el caso del perímetro cefálico, ya que encontraron que sólo resultaba significativa entre aquellos adoptados a menor edad (y que han pasado menos tiempo en la institución), desapareciendo esa relación entre los mayores. Nuestros datos muestran que en el caso de la talla inicial, la edad está modulando la relación, de manera que la duración de la institucionalización afecta negativamente a la talla sólo entre los adoptados hasta 4 años (los cuales habían pasado, como promedio, menos tiempo institucionalizados), mientras que entre los adoptados a más edad (y con estancias más prolongadas en la institución) la relación desaparece, estabilizándose de esta forma el efecto de la institucionalización sobre la talla.

En el caso de la afectación del perímetro cefálico, solamente entre los que han estado institucionalizados hasta 7 meses se encuentra esta relación, de forma que a medida que aumenta el periodo institucional, el perímetro cefálico se ve progresivamente afectado, mientras que esa relación se estabiliza entre aquellos que han pasado más tiempo en instituciones. Nuestros resultados, unidos a la estrecha relación entre la edad en el momento de la adopción y la duración de la institucionalización, podrían estar indicando una mayor sensibilidad del desarrollo físico a la adversidad a edades más tempranas (especialmente en el caso del perímetro cefálico). Es posible que el contraste con otras investigaciones en las que sí se ha encontrado un efecto del tiempo de institucionalización sobre la talla en todo el conjunto de la muestra (y no sólo en los más pequeños o con estancias más breves de institucionalización), se deba a que la edad media de las muestras que conforman esos estudios generalmente es más baja que la edad media de los niños y las niñas de nuestro trabajo.

Tras un tiempo en la familia adoptiva, que en el caso de nuestro estudio ha sido de una media de 3 años, nuestros resultados reflejan una recuperación espectacular del desarrollo físico a raíz de la adopción, ya que se ha producido una mejora significativa respecto al momento de la llegada. Estas conclusiones resultan similares a las extraídas en los estudios revisados que han explorado esta evolución (Judge, 2004; Lien et al., 1977; O'Connor et al., 2000; Palacios et al., 2005, en prensa; Rutter et al., 1998; Winick et al., 1975).

Nuestros datos reflejan que a partir de la llegada a las familias adoptivas los incrementos de los distintos indicadores físicos han sido tan elevados que las puntuaciones globales se encuentran en el momento de la recogida de datos dentro de los valores esperables para los correspondientes niveles de edad de estos niños y niñas. Sin embargo, a pesar de que en el momento inicial no se encontraron grandes diferencias entre el estado de los distintos indicadores, como tampoco se han encontrado diferencias importantes entre el incremento en la puntuación de uno u otro desde el momento inicial, la situación en el momento actual difiere, de forma que el nivel del peso es significativamente más elevado que el de la talla y éste que el del perímetro cefálico. Las diferencias entre los distintos indicadores en el momento del estudio sugieren que no se ha conseguido una recuperación tan completa en el perímetro cefálico, mientras que la mejora de la talla ha sido más efectiva, aunque no tan contundente como la del peso. Estos resultados coinciden con las secuencias de recuperación de los distintos indicadores antropométricos señaladas por Altemeier (2000), quien sostiene que el peso es el índice que tiene una recuperación más rápida, seguida de la talla y del perímetro cefálico, siendo este último el que presenta una recuperación más lenta y limitada.

La incidencia de retrasos en el desarrollo físico ha disminuido considerablemente desde el momento inicial, de forma que más de la mitad de los niños y de las niñas en el momento del estudio presenta un adecuado estado del desarrollo físico. Respecto a la severidad de los retrasos, la mayoría de los problemas que se manifiestan en el momento actual son de tipo moderado, y la proporción de los que presentan retrasos de tipo severo se ha reducido considerablemente en el caso de la talla y prácticamente ha desaparecido en el del peso. Sin embargo, en el caso del perímetro cefálico el porcentaje de los que muestran este tipo de retrasos es algo más elevado, al igual que ocurría en el estudio de Rutter et al. (1998), en el que el porcentaje de niños y de niñas con retrasos severos en el perímetro cefálico es similar al reflejado por nuestros datos y superior al porcentaje de afectados en el resto de indicadores físicos.

A pesar de la recuperación que conlleva la adopción, la situación física de partida influye en la mejora y situación actual del desarrollo físico, de forma que a medida que los niños y las niñas presentaban condiciones más desfavorables a la llegada a las familias adoptivas, se produjeron incrementos más pronunciados en las puntuaciones de los indicadores físicos. Sin embargo, esas mejoras más marcadas entre los más desfavorecidos a la llegada no han sido suficientes para alcanzar los niveles de los que llegaron en mejores condiciones, de forma que en el momento del estudio gran parte de los primeros sigue presentando niveles inferiores, como se encontrara en los trabajos de Palacios et al. (2005, en prensa). Además, la influencia de la situación de partida también se hace patente en la severidad de los retrasos actuales (especialmente en lo referente al perímetro cefálico), puesto que la mayoría de los que en el momento del estudio presentan problemas de este tipo ya los manifestaban en el momento inicial.

Nuestros datos indican que la edad en el momento de la llegada a la familia adoptiva correlaciona con el perímetro cefálico actual, de forma que, como promedio, una edad más elevada en el momento de la adopción implicaría un estado más favorable de ese indicador antropométrico en el momento del estudio, resultado que no coincide con los extraídos de estudios como el de Lien et al. (1977), Palacios et al. (2005) o Winick et al. (1975), en el sentido de que encuentran una relación negativa y no positiva entre la edad en la adopción y el desarrollo físico posterior. Probablemente la relación positiva hallada en nuestro estudio se deba a que los procedentes de Colombia y de la Federación Rusa son aquellos niños y niñas que presentan los mejores niveles en el perímetro cefálico actual, y a su vez, los procedentes de estos dos países son los que llegaron a las familias adoptivas con una mayor edad. Por otra parte, nuestros datos no revelan que el desarrollo físico en el momento del estudio se encuentre relacionado de forma significativa con ningún factor de la historia preadoptiva, a diferencia de lo que ocurría con el momento inicial. Tampoco se han encontrado diferencias en el estado físico actual en función del nivel educativo de los padres y madres adoptivos, lo cual indica que el nivel educativo familiar no influye en la recuperación del desarrollo físico, si bien no podemos olvidar que la muestra de padres y madres en nuestro estudio es relativamente homogénea.

Nuestros resultados muestran que los niños y las niñas de adopción internacional tienen una rápida y acusada mejora del desarrollo físico, siendo algo más temprana y completa en el caso de la talla que en el del perímetro cefálico. El estado de la talla en el momento del estudio se encuentra relacionado con el tiempo transcurrido en la familia adoptiva, aunque al analizar los grupos que han pasado periodos de tiempo distintos en las familias adoptivas (hasta dos años, entre dos y tres años, entre tres y cuatro años y más de cuatro años) los resultados muestran que la recuperación de la talla ha sido bastante completa, y que la mejora más sustancial ha tenido lugar fundamentalmente en los dos primeros años en la familia, como encontraban Rutter et al. (1998); años en los que la ganancia de talla por mes es más elevada que tras estancias más prolongadas en las familias. Tras los dos primeros años, la talla continúa mejorando, de forma que los que llevan más de 4 años en las familias incluso han superado la media. Sin embargo, el estado de este indicador tiende a estabilizarse y se produce un descenso progresivo de la ganancia por mes.

La recuperación del perímetro cefálico es más lenta que la de la talla, alcanzándose niveles dentro de la normalidad entre el segundo y el tercer año tras la llegada a la familia adoptiva. Por lo tanto, la recuperación más sustancial ha tenido lugar en los tres primeros años, estabilizándose posteriormente la mejora, aunque se continúa produciendo un leve avance que tiende hacia la estabilidad. El incremento de la puntuación del perímetro cefálico por mes va disminuyendo progresivamente a medida que se extiende el tiempo en las familias, siendo casi nulo entre los que llevan periodos más prolongados.

Los resultados del análisis de los subgrupos de niños y de niñas que llegaron a sus familias con las peores condiciones en desarrollo en la talla o en el perímetro cefálico muestran que muchos de ellos también presentan retrasos severos en otros indicadores físicos. Los que llegaron con severo retraso en la talla inicial representan un grupo en el que son muchos los niños y las niñas que han sido maltratados antes de la adopción, y los que han sido adoptados con una edad inferior o igual a un año constituyen una minoría dentro de este grupo. La mejora desde el momento inicial al actual que estos niños y niñas han llevado a cabo es muy sustancial, y los periodos

más prolongados en la familia adoptiva se relacionan con mejores niveles de este indicador. Sin embargo, la mayor parte de los niños y niñas que forman este grupo necesita más tiempo para recuperarse, ya que a pesar de haber hecho un gran avance en los dos primeros años, la puntuación de la talla sigue encontrándose retrasada, y es a partir del segundo año (especialmente a partir del tercero) cuando ya encontramos valores dentro de los niveles medios. Sin embargo, el grupo severamente retrasado sigue situándose, como promedio, por debajo de los que no presentaban este tipo de retraso, incluso tras cuatro años en a las familias adoptivas, poniendo de manifiesto que la recuperación no ha sido completa. Además, el incremento de la puntuación por mes es muy superior entre los que llevan hasta tres años en las familias frente a los que llevan más tiempo, descendiendo progresivamente, sobre todo a partir del cuarto año en la familia.

De la información que tenemos sobre la historia previa de estos niños y estas niñas, la característica que destaca del grupo que se encontraba severamente afectado en su perímetro cefálico inicial es que se trata de niños y de niñas que han pasado menos tiempo con sus madres biológicas. En cuanto a la evolución de este grupo, los resultados muestran que ha mejorado notablemente el estado del perímetro cefálico. Sin embargo, tres años después de la llegada a las familias adoptivas, la recuperación no ha sido completa.

Respecto a la procedencia de los niños y niñas de nuestro estudio, la puntuación en talla a la llegada y la incidencia de retrasos severos era similar en los grupos procedentes de los distintos países, mientras que las diferencias entre los grupos en el estado del perímetro cefálico inicial eran más marcadas, ya que en el caso de la mayoría de los procedentes de India y Rumanía las puntuaciones medias se encontraban dentro de los márgenes de retraso severo, y el porcentaje de niños y de niñas con problemas severos era la mitad en el caso de la Federación Rusa y Rumanía, y de más del 70% en el caso de India. Como promedio, los que llegaron de Guatemala o China eran los que presentaron las mejores puntuaciones y entre los que la incidencia de retrasos severos era inferior. En el momento actual, las diferencias en talla son mínimas entre los grupos procedentes de los distintos países, mientras que en el caso del perímetro cefálico, la situación de los procedentes de India es muy inferior a la de los procedentes del resto de países.

2. Desarrollo psicológico general en niños y niñas de adopción internacional

Las experiencias de adversidad previas a la adopción también han dejado sus huellas en el desarrollo psicológico de muchos niños y niñas de adopción internacional. Nuestros resultados muestran que en el momento de la adopción la incidencia de problemas en el desarrollo psicológico general es alta y que sólo el 38,3% presenta un desarrollo sin problemas a la llegada a las familias adoptivas. Sin embargo, la elevada proporción de niños y niñas afectados por este tipo de problemas entre los estudiados en este trabajo no es tan extrema como la hallada en la investigación de Morison et al. (1995), en la que no se encontró ningún niño o niña entre los estudiados que presentara un desarrollo psicológico adecuado en el momento de la adopción. El nivel medio del indicador del desarrollo psicológico general es bajo, lo que recalca aún más la afectación psicológica que muestran a la llegada. En cuanto a la severidad de los problemas, el 43,5% de los niños y niñas estudiados presentan problemas graves en el desarrollo psicológico general en el momento de la adopción, porcentaje aproximado al de distintas investigaciones revisadas y algo inferior al encontrado por Rutter et al. (1998) o Morison et al. (1995), llevadas a cabo con niños y niñas procedentes de Rumanía (país del que proceden, como se comentará a continuación, muchos niños y niñas con importantes afectaciones psicológicas iniciales).

La edad en el momento de la llegada a la familia también influye en el estado del desarrollo psicológico inicial, siendo los niños y niñas adoptados a más edad los que llegan afectados más negativamente, como se encontrara en los estudios de Johnson et al. (1992), Palacios et al. (2005) y en el grupo de los más pequeños de la muestra de la investigación de Miller et al. (2005), aunque estos datos difieren de los hallados por Judge (2003) o Miller y Hendrie (2000) que no encontraron que esta relación fuese significativa. Por otro lado, nuestros resultados han puesto de manifiesto que los niños presentan niveles en el desarrollo psicológico a la llegada inferiores a las niñas, relación que no resultó significativa en el estudio de Judge (2003). Es posible que la relación encontrada en nuestro trabajo se deba a la sobrerrepresentación de las niñas en el grupo de origen chino, ya que éste es el país del que proceden los niños y las niñas con el mejor nivel (como promedio) en el índice psicológico a la llegada. También se han encontrado relacionadas las variables de desarrollo físico inicial (talla y perímetro cefálico) con el desarrollo psicológico inicial, siendo aquellos niños y niñas que presentan un peor nivel físico en el momento de la llegada aquellos que también muestran mayores afectaciones en el desarrollo psicológico.

Nuestros resultados ponen de manifiesto que cuanto mayor haya sido la adversidad sufrida antes de la adopción, mayor es la afectación del desarrollo psicológico general a la llegada a la familia adoptiva. Los datos indican que una mayor prolongación del periodo institucional se relaciona con una afectación más negativa del desarrollo psicológico a la llegada, resultado que coincide con lo hallado en la mayoría de las investigaciones revisadas (Groze e Ileana, 1996; Johnson et al., 1992; Palacios et al., 2005; Rutter et al., 1998). Además, también se ha encontrado en este trabajo que el hecho en sí de haber pasado por la experiencia de institucionalización, las

duraciones más prolongadas de la estancia con la madre biológica y el haber sufrido malos tratos previos a la adopción son experiencias que se relacionan de forma negativa con el desarrollo psicológico en el momento de la llegada de estos niños y niñas a las familias adoptivas.

De igual modo, los resultados de nuestra investigación también nos permiten afirmar la influencia positiva que la adopción en sí tiene de cara a la recuperación, ya que la adopción conlleva una drástica mejora del desarrollo psicológico en los niños y las niñas de adopción internacional. El estado del indicador de desarrollo psicológico general ha mejorado de forma significativa desde el momento inicial y el porcentaje de niños y de niñas que en el momento del estudio no presentan problemas en el desarrollo psicológico general se ha incrementado elevándose hasta el 62,3%. Además, se ha reducido considerablemente la incidencia de problemas severos respecto al momento inicial, resultando el porcentaje de niños y niñas afectados del 17,2%. La recuperación tan llamativa llevada a cabo por estos niños y niñas coincide con la encontrada en las investigaciones previas que han abordado este tema (Judge, 2003; Lien et al., 1977; Morison et al., 1995; O'Connor et al., 2000; Palacios et al., 2005, en prensa; Rutter et al., 1998; Winick et al., 1975).

Aún así, nuestros resultados nos muestran cómo el estado inicial del desarrollo psicológico sigue ejerciendo parte de su influencia en el desarrollo psicológico posterior, al igual que lo hiciera el estudio de Judge (2003), ya que el índice de desarrollo psicológico inicial se encuentra muy relacionado con la recuperación y con la situación actual. Estos resultados implican que, a medida que son más negativas las condiciones psicológicas iniciales, el nivel en el indicador del desarrollo psicológico en el momento actual se sitúa en un nivel más retrasado. Dichos hallazgos implican que, a pesar de que las peores situaciones previas se relacionan con incrementos superiores desde el momento de la llegada al actual, el camino por recorrer para estos niños y niñas es más largo y, por tanto, resulta más difícil alcanzar la media.

Según los resultados encontrados, y coincidiendo con lo señalado por otros autores (Judge, 2003; Lien et al., 1977; O'Connor et al., 2000; Palacios et al., 2005, en prensa; Rutter et al., 1998), la edad a la llegada a las familias adoptivas está mediando en la situación actual del desarrollo psicológico, ya que edades más avanzadas en el momento de la adopción se relacionan con niveles inferiores en el desarrollo psicológico en el momento actual.

Nuevamente, en el momento del estudio los resultados muestran que, analizando la muestra de forma global, las niñas se encuentran en mejores condiciones psicológicas que los niños. Sin embargo, probablemente estas diferencias puedan deberse, como comentamos anteriormente, a la sobrerrepresentación de las niñas en el grupo procedente de China, país del que también en el momento actual (junto al grupo de los de origen guatemalteco) proceden los niños y niñas con las mejores puntuaciones en desarrollo psicológico.

Algunos indicadores de adversidad previa a la adopción no sólo han afectado al desarrollo psicológico a la llegada a la familia adoptiva, sino que también influyen en el estado psicológico tras un tiempo en ella, ya que según nuestros resultados, las estancias más prolongadas en instituciones se relacionan negativamente con la situación actual del desarrollo psicológico, al igual que se ha encontrado en otras investigaciones (Judge, 2003; Marcovitch et al., 1997; Morison et al., 1995; 2000; O'Connor et al., 2000). Por otro lado, la experiencia de institucionalización en sí, o de

la convivencia con la madre biológica, las duraciones más prolongadas de estas experiencias o el hecho de haber sufrido malos tratos antes de ser adoptado, se asocian con peores niveles del desarrollo psicológico también un tiempo después de la llegada a las familias adoptivas.

Al igual que ocurriera en el estudio de Rutter et al. (2005), nuestros datos no han mostrado que el nivel educativo familiar se encuentre relacionado con la situación del desarrollo psicológico actual. Por otra parte, la relación entre el tiempo en la familia adoptiva y la recuperación o la situación psicológica posterior a la adopción fue hallada en estudios como el de Judge (2003) o el de Morison et al. (1995). Sin embargo, los resultados de nuestro estudio no muestran que el tiempo en la familia adoptiva se relacione de forma significativa con el índice de desarrollo psicológico, aunque sí es cierto que en los primeros años en la familia adoptiva la recuperación es más rápida, de forma que la mejora del índice psicológico al mes es más elevada que tras un tiempo más prolongado en la familia. Aunque el tiempo pasado en la familia adoptiva sí influya en la velocidad de la recuperación, es posible que sean otros factores, como la calidad de la relación familiar o del ambiente en el hogar (como señalara Morison et al., 1995), los que tengan una mayor influencia desde el ámbito familiar en el proceso de recuperación.

Nuestros datos muestran que el grupo que llegó a su familia adoptiva presentando problemas severos del desarrollo psicológico general ha sido, como promedio, adoptado a mayor edad, ha estado en instituciones durante estancias más prolongadas, ha sufrido en mayor proporción experiencias de malos tratos y presenta un peor nivel de desarrollo físico, así como mayores proporciones de retrasos severos en el crecimiento. Además, en este grupo la proporción de chicos frente a chicas es superior que entre los que no presentan estos problemas y destaca Rumanía e India por el elevado porcentaje de niños y de niñas con retrasos severos en el desarrollo psicológico inicial frente a China o Guatemala (países en los que el porcentaje de los que llegan con este tipo de problemas es muy inferior). Estos niños y niñas gravemente afectados en el momento inicial, han mejorado de forma significativa tras la adopción. Sin embargo, la recuperación no ha sido completa, ya que siguen sin alcanzar el nivel de los que no presentaban estos problemas iniciales. No podemos olvidar, que estos niños y niñas parten de posiciones más desaventajadas y, por ende, el camino por recorrer se torna más complejo. Por último, cabe señalar que estos niños y niñas con problemas severos a la llegada a las familias adoptivas tienden a mejorar más rápidamente en los primeros momentos tras la llegada a las familias adoptivas.

3. Relación entre el desarrollo físico y el desarrollo psicológico en niños y niñas de adopción internacional

Nuestros resultados muestran que cuando los niños y las niñas de adopción internacional llegan a sus nuevas familias, en muchos de ellos se encuentra afectado negativamente tanto el desarrollo físico como el psicológico, lo que pone de manifiesto que presentan un retraso generalizado del desarrollo. Los niveles son muy bajos en los indicadores, la incidencia de problemas es muy alta y la severidad de los mismos es elevada en el desarrollo físico y en el psicológico. En estos niños y niñas, los indicadores físicos se encuentran muy relacionados con el índice psicológico en el momento de la llegada a las familias adoptivas. Además, la mitad de los que presentan problemas graves en el desarrollo psicológico inicial también presentan problemas graves en el desarrollo físico. Esta relación entre el estado del desarrollo físico y el psicológico a la llegada a las familias adoptivas que reflejan nuestros resultados coincide con la hallada en investigaciones previas (Miller et al., 2000; Palacios et al., 2005; Rutter et al., 1998).

Los resultados indican que cuanto mayor es la adversidad vivida antes de la adopción, mayor es la afectación del desarrollo tanto físico como psicológico. Sin embargo, estos factores adversos se encuentran muy conectados entre sí y las relaciones entre estas experiencias y el desarrollo físico y psicológico se tornan complejas.

Pero si bien muchos de los niños y niñas estudiados muestran un retraso generalizado del desarrollo, nuestros análisis ponen de manifiesto que la adopción trae consigo una clara mejora también generalizada, ya que la recuperación que llevan a cabo los niños y las niñas de adopción internacional es espectacular por la magnitud y la velocidad de la mejora tanto en el desarrollo físico como en el psicológico.

No obstante, en el momento del estudio, tras una media de tres años en la familia adoptiva, la relación entre el desarrollo psicológico y el desarrollo físico ha desaparecido, resultado coherente con el de estudios como el de Judge (2003) o Rutter et al. (1998). Este análisis muestra que los procesos de recuperación del desarrollo físico y del psicológico no son similares.

Mientras en el proceso de recuperación del desarrollo físico el tiempo que lleva el niño o la niña en la familia adoptiva va mediando la situación actual, el índice de desarrollo psicológico actual no está relacionado de forma significativa con el tiempo transcurrido desde la adopción. Como se ha comentado anteriormente, es posible que factores del entorno familiar jueguen un papel relevante en este proceso de recuperación. La variable familiar que hemos analizado (el nivel educativo familiar) no se encuentra relacionada con el grado de recuperación del desarrollo físico o psicológico, por lo que sería conveniente llevar a cabo una exploración más profunda del entorno familiar para comprobar qué factores del mismo pueden estar contribuyendo a la recuperación del desarrollo.

Sin embargo, y a pesar de las diferencias entre los procesos de recuperación de uno y otro tipo de desarrollo, el patrón de recuperación de los que en el momento de la llegada presentaban retrasos severos en el desarrollo físico o en el psicológico se caracteriza en ambos grupos por un incremento más elevado de los indicadores de desarrollo (físicos y psicológicos) frente a aquellos que no se encontraban en unas

condiciones tan negativas inicialmente. Nuestros datos evidencian la flexibilidad y capacidad de recuperación de estos niños y estas niñas. Sin embargo, nuestro trabajo también pone de manifiesto las limitaciones de dicha recuperación en los casos de los niños y niñas más afectados en el momento de la adopción.

De hecho, algunos niños y niñas siguen presentando secuelas en el desarrollo en el momento del estudio, no tanto en el caso de los indicadores antropométricos de talla o peso, (aspectos en los que se encuentran recuperados la gran mayoría de los niños y las niñas del estudio), como en el caso del perímetro cefálico y del desarrollo psicológico, ya que aún sigue quedando un grupo que presenta problemas graves en el momento actual (el 12,7% afectados por problemas severos en el perímetro cefálico y el 17,2% en el caso del desarrollo psicológico), la mayoría de los cuales (todos en el caso del perímetro cefálico) ya presentaba este tipo de problemas en el momento de la llegada. Los resultados han puesto de manifiesto el importante papel jugado por la situación inicial del desarrollo físico y psicológico en la evolución posterior del mismo.

Si se analizan conjuntamente los países de procedencia y el estado del desarrollo físico y psicológico, se encuentra cierto paralelismo entre los resultados en torno al perímetro cefálico y al índice psicológico. Respecto a las distintas procedencias de los niños y niñas de la muestra, los grupos más afectados en perímetro cefálico y en desarrollo psicológico en el momento inicial proceden de India y Rumanía, frente a China y Guatemala, que son los países de los que proceden los niños y niñas con mejores niveles. En el momento actual, India sigue siendo el país de procedencia del grupo de niños y de niñas con niveles inferiores en desarrollo psicológico y en perímetro cefálico (junto a Rumanía en el caso del desarrollo psicológico).

Los niños y las niñas procedentes de China y Guatemala tienen en común que fueron adoptados con una edad temprana y que las duraciones de institucionalización no fueron excesivamente prolongadas en este grupo. Los que llegaron desde Rumanía sufrieron estancias prolongadas de institucionalización, pero la edad en el momento de la adopción no fue muy elevada, comparada con la de los niños y niñas de los otros grupos estudiados. Sin embargo, muchos de los niños y niñas de origen rumano se encuentran en una situación muy desfavorable, probablemente debido a la mala calidad de las instituciones o de los cuidados recibidos en ellas, como han documentado otras investigaciones (Johnson, 2000). Por otro lado, los procedentes de India fueron adoptados a una edad más tardía respecto a los adoptados que llegaron de otros países, y estos niños y niñas estuvieron institucionalizados durante estancias más largas que los procedentes del resto de grupos del estudio. Según los resultados de nuestro estudio, la situación de los adoptados de origen indio es muy llamativa (como ocurre con los niños y niñas procedentes de Rumanía), aunque son muy pocas las investigaciones que se han centrado en los niños y niñas de adopción internacional procedentes de este país. Nuestros resultados apuntan a la necesidad desde el ámbito de la investigación de poner una mayor atención en el grupo de niños y niñas de adopción internacional que llegan desde India.

Por otro lado, cabe destacar que los procedentes de India y Rumanía son los que llevan, como promedio, menos tiempo en sus familias adoptivas, lo cual podría justificar en parte la recuperación menos completa que presentan. Sin embargo, los resultados han ido mostrando la importancia del papel del estado del desarrollo en el

momento de la llegada, y los procedentes de estos países no sólo están en peores condiciones en el momento actual, sino también en el inicial, lo que nos hace cuestionarnos hasta cuándo se irán aminorando las secuelas de la adversidad temprana.

Los procedentes de la Federación Rusa fueron los niños y las niñas adoptados con más edad. Sin embargo, no son los que peor estaban a la llegada ni los que peor se encuentran en el momento del estudio en las variables analizadas en este estudio, circunstancias que hacen tener cierta cautela a la hora de valorar el papel de la edad en el momento de la adopción, puesto que parece no ser la edad inicial por sí sola la que afecta al desarrollo, sino en relación con prolongaciones mayores de las experiencias adversas. Por tanto, se hace necesario relativizar su papel. En cuanto a los procedentes de Colombia, se colocan en un grupo intermedio en cuanto a lo que la afectación del desarrollo se refiere. Un alto porcentaje de estos niños y niñas han sufrido maltrato antes de la adopción y son los que en mayor número han pasado un tiempo con sus madres biológicas, aunque nuestros datos no nos permiten aclarar si este factor (el tiempo con las madres biológicas) debemos considerarlo de protección o riesgo.

Este trabajo nos promueve nuevas cuestiones acerca de la evolución de los procesos de recuperación del desarrollo físico y psicológico más allá del periodo estudiado en este trabajo, abarcando la pubertad y la adolescencia. Creemos necesarias llevar a cabo futuras investigaciones de carácter longitudinal y multidisciplinar en las que sea posible realizar un seguimiento de los niños y niñas de adopción internacional y examinar de esa forma si el desarrollo sigue abierto a la recuperación, y si las secuelas que se han mantenido hasta el momento en que hemos estudiado a estos niños y niñas (un promedio de tres años después de la adopción) han desaparecido. Por otra parte, el número reducido de datos que tenemos en algunas variables (especialmente las referidas a la historia previa de estos niños y estas niñas) limitan la generalización de nuestros resultados. Finalmente, debemos destacar que los resultados aquí expuestos son los promedios obtenidos por la muestra, y no podemos olvidar que las diferencias interindividuales reflejan una de las características más importantes entre estos niños y niñas.

Nuestro trabajo nos ha mostrado una situación muy negativa del desarrollo físico y psicológico a la llegada de muchos de los niños y las niñas de adopción internacional a sus familias adoptivas españolas, convirtiéndose esta población en un grupo de alto riesgo en problemas de desarrollo, pero los resultados de este estudio también nos muestran el efecto casi inmediato y tremendamente protector y reparador que supone la adopción. Los resultados nos señalan las posibilidades de recuperación, aunque también muestran las limitaciones de esa mejora cuando la situación de partida es demasiado desfavorable. Nuestro trabajo señala la importancia de una rápida exploración temprana del crecimiento y del desarrollo psicológico en los niños y niñas de adopción internacional tras la llegada a las familias adoptivas, y subrayan la importancia de una intervención precoz y un seguimiento, especialmente en aquellos casos con problemas más graves a la llegada. Todo ello contribuirá a facilitar la adaptación familiar y mejorar la calidad de vida de las familias adoptivas.

Referencias

- Albers, L. H., Johnson, D. E., Hostetter, M. K., Iverson, S., y Miller, L. C. (1997). Health of children adopted from the former Soviet Union and Eastern Europe: Comparison With Preadoptive Medical Records. *Journal of the American Medical Association*, 278(11), 922-924.
- Altemeier, W. A. (2000). Growth charts, low birth weight, and international adoption. *Pediatric Annals*, 29(4), 204-205.
- Amorós, P., y Palacios, J. (2005). *Acogimiento familiar*. Madrid: Alianza Editorial.
- Awadalla, S., y Franco, J. A. (2002). Talla baja prepuberal por retardo constitucional; correlación con el índice de masa corporal. *Actualizaciones pediátricas*, 12(2).
- Brito, G., y De Onis, M. (2004). Growth status, behavior and neuropsychological performance: A study of Brazilian school age children. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 62(4), 949-954.
- Brodzinsky, D. M., Smith, D.W. y Brodzinsky, A.B. (1998). *Children's adjustment to adoption. Developmental and clinical issues*. California: Sage.
- Casanova, M., Rodríguez, I., Rico, S., y Casanova, B. (2004). Análisis de la composición corporal por parámetros antropométricos y bioeléctricos. *Anales de Pediatría*, 61(1), 23-31.
- Chang, S. M., Walker, S. P., Grantham-McGregor, S., y Powell, C. A. (2002). Early childhood stunting and later behaviour and school achievement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(6), 775-783.
- Church, A. T., y Katigbak, M. S. (1991). Home environment, nutritional status, and maternal intelligence as determinants of intellectual development in rural Philippine preschool children. *Intelligence*, 15, 49-78.
- 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.
- De Aranzabal, M. (2003). Inmigración: indicadores de nutrición y crecimiento. *Anales de Pediatría*, 58(3), 236-240.
- De Onis, M. (2000). Measuring nutritional status in relation to mortality. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(10), 1271-1274.
- De Onis, M., y Blössner, M. (2003). The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications. *International Journal of Epidemiology*, 32, 518-526.
- Del Valle, C. J., y Gómez, A. L. (2002). Talla baja. Un motivo de consulta frecuente. In I. Gómez de Terreros, F. García Rodríguez y M. Gómez de Terreros (Eds.), *Atención integral a la infancia con patología crónica* (pp. 739-754). Granada: Alhulia.
- Diamond, G. W., Senecky, Y., Schurr, D., Zuckerman, J., Inbar, D., Eidelman, A., y Cohen, H. (2003). Pre-placement screening in international adoption. *IMAJ*, 5, 763-766.
- Frank, D. A., Klass, P. E., Earls, F., y Eisenberg, L. (1996). Infants and young children in orphanages: One view from pediatrics and child psychiatry. *Pediatrics*, 97(4), 569-578.
- Gale, C. R., O'Callaghan, F. J., Godfrey, K. M., Law, C. M., y Martyn, C. N. (2004). Critical periods of brain growth and cognitive function in children. *Brain*, 127, 321-329.
- 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.

- Haugaard, J. J., y Hazan, C. (2003). Adoption as a natural experiment. *Development and psychopathology*, 15, 909-926.
- Hernández, M., Castellet, J., Narvaiza, J.L., Rincón, J.M., Ruiz, I., Sánchez, E., Sobradillo, B., y Zurimendi, A. (2002). *Curvas y tablas de crecimiento*. Madrid: Ergon.
- Hernández-Muela, S., Mulas, F., Téllez de Meneses, M., y Roselló, B. (2003). Niños adoptados: factores de riesgo y problemática neuropsicológica. *Revista de Neurología*, 36, 108-117.
- Hostetter, M. K., Iverson, S., Dole, K., y Johnson, D. E. (1989). Unsuspected infectious diseases and other medical diagnoses in the evaluation of internationally adopted children. *Pediatrics*, 83(4), 559-564.
- Humphreys, L. G., Davey, T. C., y Park, R. K. (1985). Longitudinal correlation analysis of standing height and intelligence. *Child development*, 56, 1465-1478.
- Ivanovic, D. M., Leiva, B. P., Perez, H.T., Olivares, M. G., Díaz, N. S., Urrutia, M. S., Almagiá, A.F., Toro, T.D., Miller, P.T., Bosch, E.O., y Larraín, C.G. (2004). Head size and intelligence, learning, nutritional status and brain development. Head, IQ, learning, nutrition and brain. *Neuropsychologia*, 42, 1118-1131.
- Ivanovic, D. M., Leiva, B. P., Perez, H. T., Inzunza, N. B., Almagiá, A. F., Toro, T. D., Urrutia, M.S., Cervilla, J.O., Bosh, E.O. (2000). Long-term effects of severe undernutrition during the first year of life on brain development and learning in Chilean High-School graduates. *Nutrition*, 16(11/12), 1056-1063.
- Jiménez, J. (1997). *El maltrato infantil en los servicios de protección de menores de Andalucía: Un estudio descriptivo*. Sevilla: Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación. Documento no Publicado.
- Johnson, D. E. (2000a). Long-term medical issues in international adoptees. *Pediatric Annals*, 29(4), 234-241.
- Johnson, D. E. (2000b). Medical and developmental sequelae of early childhood institutionalization in Eastern European adoptees. In C. A. Nelson (Ed.), *The effects of early adversity on neurobehavioral development. The Minnesota symposia on child psychology*. (Vol. 31, pp. 113-162). Mahwah, N. J.: Erlbaum.
- Johnson, D. E. (2002). Adoption and the effect on children's development. *Early Human Development*, 68, 39-54.
- Johnson, D. E., Miller, L. C., Iverson, S., Thomas, W., Franchino, B., Dole, K., Kiernan, M.T., Georgieff, M.K., y Hostetter, M.K. (1992). The health of children adopted from Romania. *Journal of the American Medical Association*, 268, 3446-3451.
- Johnson, D. E. (2003). *Does size matter...or is bigger better?*. <http://www.orphandoctor.com>.
- Judge, S. (2003). Developmental recovery and deficit in children adopted from Eastern European orphanages. *Child psychiatry and human development*, 34(1), 49-62.
- Judge, S. (2004). The impact of early institutionalization on child and family outcomes. *Adoption Quarterly*, 7(3), 31-48.
- Kaler, S. R., y Freeman, B. J. (1994). Analysis of environmental deprivation: cognitive and social development in Romanian orphans. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(4), 769-781.
- Kiernan, M.T., Georgieff, M.K., Hostetter, M.K. (1992). The health of children adopted from Romania. *Journal of the American Medical Association*, 268, 3446-3451.
- Lama, R. A. (2001). Metodología para valorar el estado nutricional. *Anales españoles de pediatría*, 55(3), 256-259.
- 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.

- Lien, N. M., Meyer, K. K., y Winick, M. (1977). Early malnutrition and "late" adoption: a study of their effects on the development of Korean orphans adopted into American families. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 30, 1734-1739.
- MacLean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Developmental and psychopathology*, 15, 853-884.
- Marcovitch, S., Goldberg, S., Gold, A., Washington, J., Wasson, C., Krekewich, K., et al. (1997). Determinants of behavioural problems in Romanian children adopted in Ontario. *International journal of behavioral development*, 20(1), 17-31.
- Martín, L. (2004). *Las diferencias étnicas y culturales: Un reto en la adopción internacional*. Sevilla: Dirección general de Infancia y Familia. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía.
- Martínez, C., y Pedrón, C. (2002). Valoración del estado nutricional. In A. Delgado (Ed.), *Protocolos diagnósticos y terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición en pediatría* (pp. 375-382): Asociación española de Pediatría.
- Miller, L. C. (1999a). Caring for internationally adopted children. *The New England Journal of Medicine*, 341, 1539-1540.
- Miller, L. C. (1999b). Internationally adopted children- Immigration Status. *Pediatrics*, 103(5), 1078.
- Miller, L.C. (2000). Initial assessment of growth, development, and the effects of institutionalization in internationally adopted children. *Pediatric Annals*, 29(4), 224-232.
- Miller, L. C., y Hendrie, N. W. (2000). Health of children adopted from China. *Pediatrics*, 105(6), e76.
- Miller, L. C., Chan, W., Comfort, K., y Tirella, L. (2005). Health of children adopted from Guatemala: Comparison of orphanage and foster care. *Pediatrics*, 115, 710-717.
- Morison, S. J., y Ellwood, A. (2000). Resiliency in the aftermath of deprivation: A second look at the development of Romanian orphanage children. *Merrill-Palmer Quarterly*, 46(4), 717-737.
- Morison, S. J., Ames, E. W., y Chisholm, K. (1995). The development of children adopted from Romanian orphanages. *Merrill-Palmer Quarterly*, 41(4), 411-430.
- Newborg, J., Stock, J.R., y Wnek, L. (1988): *Battelle: developmental inventory*. Allen, Texas: DLM (trad. Cast.: *Battelle: Inventario de desarrollo*. Madrid: TEA, 2001).
- O'Connor, T. G. (2003). Natural experiments to study the effects of early experience: Progress and limitations. *Development and psychopathology*, 15, 837-852.
- O'Connor, T. G., y Rutter, M. D. (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: Extension and longitudinal follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(6), 703-712.
- O'Connor, T. G., Rutter, M., Beckett, C., Keaveney, L., Kreppner, J. M., and the English and Romanian Adoption Adoptees Study Team (2000). The effects of global severe privation on cognitive competence: Extension and longitudinal follow-up. *Child Development*, 71(2), 376-390.
- Oliván, G. (2005). La perspectiva sanitaria de la adopción internacional. En M. Martínez (Ed.), *La adopción internacional en Galicia* (pp. 117-129). La Coruña: Fundación María José Jove.
- Organización Mundial de la Salud (1995). *El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un comité experto de la OMS*. Ginebra: OMS.
- Palacios, J. (2003). Instituciones para niños: ¿protección o riesgo? *Infancia y aprendizaje*, 26(3), 353-363.
- Palacios, J., Moreno, M. C., y Jiménez, J. (1995). El maltrato infantil: concepto, tipos, etiología. *Infancia y aprendizaje*, 71, 7-21.

- Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y., y León, E. (2005). *Adopción internacional en España: Un nuevo país, una nueva vida*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Palacios, J., Sánchez Sandoval, Y., y Sánchez Espinosa, E. M. (1996). *La adopción en Andalucía*. Sevilla: Dirección general de Atención al Niño. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía.
- Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y., León, E. y Román, M. (2003). *Compendio de informes personalizados relativos a los niños y niñas participantes en la investigación sobre adopción internacional del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en Convenio con la Universidad de Sevilla*. Documento no publicado.
- Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y., León, E., y Román, M. (en prensa). *Adopción internacional en Castilla y León: Una investigación sobre adoptantes y adoptados*. Junta de Castilla y León.
- Proos, L. A. (1993). Anthropometry in adolescence -Secular trends, adoption, ethnic and environmental differences. *Hormone Research*, 39(suppl 3), 18-24.
- Roy, P., Rutter, M., y Pickles, A. (2000). Institutional care: Risk from family background or pattern of rearing? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(2), 139-149.
- Rutter, M. (2005). Adverse pre-adoption experiences and psychological outcomes. In D. M. Brodzinsky y J. Palacios (Eds.), *Psychological issues in adoption: research and practice*. Westport, CT: Prager.
- Rutter, M., and the English and Romanian Adoptees Study Team. (1998). Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(4), 465-476.
- Rutter, M., Kreppner, J., y O'Connor, T. (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *British journal of psychiatry*, 179, 97-103.
- Rutter, M., O'Connor, T., y the English and Romanian Adoptees Study Team (2004). Are there biological programming effects for psychological development?: Findings from a study of Romanian adoptees. *Developmental psychology*, 40(1), 81-94.
- Rutter, M., Silberg, J., O'Connor, T., y Simonoff, E. (1999). Genetics and child psychiatry: I advances in quantitative and molecular genetics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 3-18.
- Sánchez-Sandoval, Y., Palacios, J., y León, E. (2002). *Entrevista sobre el proceso de adopción internacional (EPAI)*. Universidad de Sevilla.
- Skuse, D. (1984). Extreme deprivation in early childhood-II. Theoretical issues and a comparative review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25(4), 543-572.
- Sullivan, K.M., y Gorstein, J. (1999). *ANTHRO Documentation*. Geneva: WHO.
- Tisserand, D. J., Bosma, H., Van Boxtel, M., y Jolles, J. (2001). Head size and cognitive ability in nondemented older adults are related. *American Academy of Neurology*, 56(7), 969-971.
- Tramo, M.J., Loftus, W.C., Stukel, T.A., Green, R.L., Weaver, J.B., Gazzaniga, M.S. (1998). Brain size, head size, and intelligence quotient in monozygotic twins. *Neurology*, 50(5), 1246-1252.
- Tuvemo, T., Gustafsson, J., Proos, L. A., y the Swedish Growth Hormone Advisory Group (1999). Growth hormone treatment during suppression of early puberty in adopted girls. *Acta Paediatrica*, 88(9), 928-932.
- Tuvemo, T., Jonsson, B., Gustafsson, J., Albertsson-Wikland, K., Aronson, A. S., Hager, A., Ivarson, S., Kristrom, B., Marcus, C., Nilsson, K.O., Westgren, U.,

- (2004). Final height after combined growth hormone and GnRH analogue treatment in adopted girls with early puberty. *Acta Paediatrica*, 93, 1456-1462.
- Valcarce, A. (2005). *España, primer país de la UE y segundo del mundo en adopciones internacionales*. www.elmundo.es
- Verhulst, F. C. (2000). The development of internationally adopted children. In P. Selman (Ed.), *Intercountry adoption. Developments, trends and perspectives*. London: BAAF.
- Weschler, D. (1974). *Weschler scale for children revised*. Nueva Cork: The Psychological Corporation (trad. cast.: *Escala de inteligencia de Weschler para niños revisada*. Madrid: TEA, 2001).
- Weinberg, W. A., Dietz, S., Penick, E., y McAlister, W. H. (1974). Intelligence, reading achievement, physical size, and social class. *The Journal of Pediatrics*, 85(4), 482-489.
- Westphal, O., Aman, J., Proos, L.A. (2004). Final height after combined growth hormone and GnRH analogue treatment in adopted girls with early puberty. *Acta Paediatrica*, 93, 1456-1462.
- Winick, M., Meyer, K. K., y Harris, R. C. (1975). Malnutrition and environmental enrichment by early adoption. *Science*, 190, 1173-1175.