

## **PROBLEMAS DE CONDUCTA, EVALUADOS CON EL CBCL, EN ADOLESCENTES ADOPTADOS ESPAÑOLES**

**María Jesús Fuentes Rebollo  
Milagros Fernández Molina  
Isabel María Bernedo Muñoz**

Facultad de Psicología. Universidad de Málaga

### **RESUMEN**

*Los problemas de conducta de los niños y niñas adoptados es un tema muy frecuente en la investigación internacional (Berry y Barth, 1989; Heflinger et al., 2001; Livingston et al., 2000) aunque en España no existe ningún trabajo que analice esta variable en este tipo de población. En este artículo se presentan los problemas de conducta detectados en un grupo de 56 adolescentes adoptados españoles del grupo de adopciones especiales (adoptados con más de seis años, grupos de hermanos, de etnia diferente a la de los padres adoptivos) utilizando el CBCL (Achenbach y Edelbrock, 1991). Los resultados muestran que la mayoría de los adolescentes adoptados del estudio son clasificados dentro del rango de normalidad de la prueba aunque el 26,8% están en el rango clínico de la escala de externalización y el 14,5% en la de internalización. Además, las puntuaciones medias más altas han correspondido a las subescalas de conducta agresiva y de ansiedad/depresión. Las*

*variables de la historia del niño que han resultado asociadas con las puntuaciones en el CBCL son: haber presentado problemas anteriores al acogimiento actual, la edad de adopción y el número de acogimientos fracasados.*

**Palabras clave:** FAMILIAS ADOPTIVAS, ADOLESCENTES ADOPTADOS, PROBLEMAS DE CONDUCTA, CBCL.

## SUMMARY

*Behaviour problems in adopted children is a frequently occurring theme in international research (Berry and Barth, 1989; Heflinger et al., 2001; Livingston et al., 2000), although in Spain there exist no studies which analyze that variable in this population. This article presents behaviour problems detected in a group of 56 adopted adolescents in Spain from the special adoptions group (adopted at more than six years of age, groups of siblings, with ethnic background different from that of the adoptive parents), using the CBCL (Achenbach y Edelbrock, 1991). The results show that the majority of the adopted adolescents in the study fit within the normal range of the test, although 26.8% are within the clinical range on the externalization scale and 14.5% on the internalization scale. Furthermore, the highest mean scores corresponded to the aggressive behaviour and anxiety/depression subscales. The variables from the child's history associated with the scores on the CBCL suggest that present problems before the current adoptive situation, the age at adoption and the number of failed adoption or foster care situations.*

**Key words:** ADOPTIVE FAMILIES, ADOPTED ADOLESCENTS, BEHAVIOUR PROBLEMS, CBCL.

## INTRODUCCIÓN

Las pruebas más utilizadas internacionalmente para detectar y diagnosticar problemas de conducta en niños y adolescentes han sido el CBCL de Achenbach y Edelbrock (1983) y algunas adaptaciones de este cuestionario (Simmel, Brooks, Barth y Hinshaw, 2001).

En este trabajo se presentan, en primer lugar, las características del CBCL y los resultados de los principales estudios que han empleado este instrumento para evaluar problemas de conducta en población adoptada y acogida, a continuación se exponen los resultados obtenidos en esta investigación y, por último, se comentan y discuten dichos resultados en relación a los hallados por otros autores.

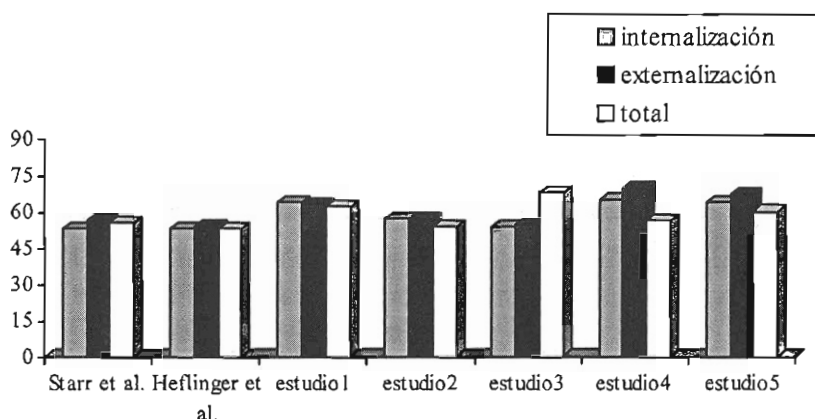
El CBCL es un cuestionario que se pasa a los padres para que evalúen los problemas de conducta que presentan sus hijos. Consta de dos subescalas una de internalización y otra de externalización, que permiten obtener una puntuación en cada una de ellas, así como una puntuación total de la prueba. La subescala de internalización evalúa problemas psicossomáticos, aislamiento y ansiedad/depresión, mientras que la de externalización valora problemas de agresividad y delincuencia. El CBCL fue validado por sus autores para proporcionar datos normativos clínicos y no clínicos. El grupo clínico se formó con los sujetos que habían acudido a los servicios de salud mental, mientras que el grupo no clínico representa a la población general. La prueba establece los criterios para determinar si un sujeto se encuentra en el nivel de normalidad, en el rango límite, o en el de la patología. Así, por ejemplo, para los chicos, puntuaciones directas comprendidas entre 11-13 (en externalización), entre 16-19 (en internalización) y entre 36-46 (en la escala total) se atribuyen al rango límite, mientras que puntuaciones directas superiores a 13 en internalización, 19 en externalización, y 46 en el total de la escala, se clasifican como clínicas o patológicas.

A continuación se revisan los estudios que han evaluado con el CBCL los problemas de conducta de los adolescentes adoptados y acogidos. La principal dificultad para exponer estos trabajos radica en las grandes diferencias que presentan los estudios (número de sujetos de la muestra, edad de los mismos, edad de adopción, tipo de puntuaciones que ofrecen, tipos de poblaciones que se comparan, grado de normalidad o patología de la muestra, etc.) y en la práctica generalizada de incluir, en un mismo estudio, muestras poco homogéneas o cuestionarios adaptados del propio CBCL, lo que hace casi imposible una exposición organizada en torno a un único criterio. Por tanto, hemos optado por presentar los estudios atendiendo, en primer lugar, al foco de atención en el que podemos

considerar que se ha centrado cada estudio y, en segundo lugar, a otras características importantes para nuestros propósitos como pueden ser el tipo de acogimiento y la edad de los adoptados. Siguiendo el primer criterio, hay estudios que presentan resultados sobre los problemas de conducta de los acogidos/adoptados, dando las puntuaciones típicas en las tres escalas del CBCL y los porcentajes de sujetos en el rango normal, límite y clínico; otros estudios, en cambio, se centran en las variables de la historia del menor asociadas a las puntuaciones en problemas de conducta. Dentro de cada uno de estos dos grupos de estudios nos ha interesado desarrollar los resultados de aquellos que han evaluado a adolescentes adoptados con la prueba original o con adaptaciones del CBCL.

El estudio de Livingston, Howard y Monroe (2000) ofrece una buena oportunidad para iniciar la exposición ya que en él se evaluó a una muestra de familias clínicas, procedentes de un programa de postadopción, que durante el verano de 1991 presentaron riesgo de fracaso o disolución de la adopción. La muestra estuvo formada por 292 niños adoptados de edades comprendidas entre 3 y 20 años, que habían vivido con los acogedores o padres adoptivos durante una media de 8,8 años. El 16% eran acogimientos con familiares, el 35% acogimientos preadoptivos y el 49% adopciones. Los niños habían sido colocados en las familias con una media de 3,5 años y la media de edad de los niños en el momento de la adopción era de 5,7 años. Se evaluó la severidad de los problemas de conducta con una escala de problemas adaptada del CBCL. Los trabajadores sociales y los padres evaluaron la presencia y gravedad de los problemas que presentaban los niños mediante una lista de 22 problemas, que según la literatura, son los más frecuentes en niños de necesidades especiales. Se obtuvo una correlación de 0,68 entre la puntuación total del listado de problemas y la puntuación total del CBCL. Los adoptados presentaron problemas de conducta de tipo externalizantes, como mentir (81%), desafiar (80%), agredir verbalmente (77%), violar las normas familiares (69%), tener problemas con los iguales (64%), coger rabietas (60%), agredir físicamente (56%), destruir objetos (50%), robar (49%), hiperactividad (45%), y también de tipo internalizante (inhibición 45%) y emocional (rechazo afectivo 40%).

La investigación de Heflinger, Simpkins y Combs-Orme (2000) utilizó el CBCL para evaluar los problemas de conducta de 311 niños y adolescentes en acogimiento residencial y familiar. Los resultados mostraron que, según las puntuaciones típicas, se encontraba en el rango clínico el 32% de los sujetos en el total de la prueba, el 27% en la subescala de externalización, y el 21% en la subescala de internalización. Las puntuaciones medias en las subescalas de internalización fueron 42,5 en inhibición social, 45,2 en problemas somáticos y 41 en ansiedad. En las subescalas de externalización, las puntuaciones medias fueron 41,7 para conducta agresiva y 43,8 para conducta delincuente. La puntuación media total de la prueba fue 53.



**Figura 1.- Puntuaciones típicas en las tres escalas del CBCL en niños en acogimiento según la revisión de Heflinger et al. (2000)**

Este trabajo también revisa 16 estudios que analizan los problemas de conducta, evaluados con el CBCL, que presentan los niños adoptados. En la Figura 1 se exponen los datos de las medias en puntuaciones típicas de cinco de estos estudios, como ejemplo de

las puntuaciones que son más frecuentes, y se comparan con los del propio estudio de Heflinger *et al.* (2000). Como se observa, las puntuaciones típicas en las tres escalas consideradas se mantienen en valores similares en las diferentes investigaciones. Los porcentajes de sujetos en el rango clínico según las puntuaciones típicas obtenidas en el total del CBCL de los estudios comentados en la revisión de Heflinger *et al.* (2000) oscilan entre el 10% (en el estudio nº 1) y el 50% (en el estudio nº 2).

El estudio de Berry y Barth (1989) comparó sujetos adoptados y no adoptados de muestras clínicas y no clínicas (6-18 años) para averiguar cuántos sujetos se situaban en el rango clínico del CBCL. Los resultados mostraron que las medias en puntuación típica de los grupos clínicos de adoptados y no adoptados se encontraban en el rango clínico de la prueba en las tres escalas (internalización, externalización y total), mientras que las medias de los dos grupos no clínicos (adoptados y no adoptados) se situaban en el rango de normalidad. Los resultados resumidos se presentan en la Tabla 1.

**Tabla 1.- Comparación de las puntuaciones típicas de las escalas del CBCL entre adoptados y no adoptados en muestras clínicas y no clínicas (Berry y Barth, 1989).**

GRUPOS	TOTAL CBCL	INTERNAL IZACIÓN	EXTERNA LIZACIÓN
➤ Adoptados- clínicos	78	70	77
➤ No adoptados- clínicos	71	68	68
➤ Adoptados- no clínicos	54	53	55
➤ No adoptados- no clínicos	50	52	50

Cohen, Cohen y Brook (1993) realizaron una investigación bastante semejante a la de Berry y Barth ya que evaluaron los problemas de conducta que, en opinión de sus padres, presentaban 88 niños, de entre 6 y 16 años. Los niños pertenecían a los siguientes grupos: 25 adoptados clínicos, 23 adoptados no clínicos (que no habían necesitado los servicios de salud mental al menos en los dos últimos años), 30 niños que vivían con sus familias biológicas y habían recibido ayuda clínica, y 20 niños que vivían con sus padres biológicos y nunca habían recibido ayuda clínica. El 30% de los adoptados vivía con la familia adoptiva desde antes de los 2 años de edad. Estos autores constataron que había diferencias significativas entre el grupo clínico y el no clínico en las puntuaciones típicas de las escalas externalizante, internalizante y en el total del CBCL, tanto considerando las puntuaciones dadas por los padres como por las madres. Los niños del grupo clínico tenían más síntomas que los niños del grupo no clínico. También hubo efectos de la adopción en el sentido de que las madres de los adoptados señalaron más problemas en el total de la prueba y los dos padres señalaron más problemas en sus hijos en la subescala de externalización.

Las puntuaciones de los adoptados del grupo clínico tenían más probabilidad de estar en el rango clínico en la subescala de externalización (adoptados=78% y biológicos=45%), mientras que las diferencias en la subescala de internalización no fueron significativas (adoptados = 61% y biológicos = 40%).

El grupo de sujetos de la muestra no clínica tenía medias en puntuaciones típicas más bajas que los de la muestra clínica en las tres escalas (internalización, externalización y total de la prueba), tanto en el grupo de adoptados (54,5 en el total, 53,4 en internalización y 55,7 en externalización), como en el de no adoptados (50,7 en total, 51,9 en internalización y 50,7 en externalización). Además, los adoptados de la muestra clínica obtuvieron mayores puntuaciones que los que vivían con los padres biológicos. Por otro lado, en los grupos de adoptados las puntuaciones en la subescala de externalización fueron más altas que en la de internalización.

Por último, Starr, Dubowitz, Harrington y Feigelman (1999) evaluaron a 66 adolescentes entre 11 y 18 años que llevaban un tiempo medio de institucionalización de tres años y que, en el momento del

estudio, estaban en acogimiento con familia extensa. Encontraron resultados similares a los de los niños en acogimiento con familia ajena. En la Tabla 2 aparecen los porcentajes de sujetos que se situaban en el rango clínico y las medias de las puntuaciones obtenidas en el CBCL.

**Tabla 2.- Puntuación media típica en las escalas de internalización, externalización y total de la prueba, y porcentaje de sujetos en el rango clínico del CBCL (Starr *et al.*, 1999)**

ESCALAS	MEDIA CBCL	% RANGO CLÍNICO CBCL
1. Internalización	52,8	21%
- Aislamiento	56,3	3%
- Problemas psicosomáticos	57	4%
- Ansiedad	55,2	4%
a. Externalización	56,2	27%
- Delincuencia	59,8	12%
- Agresividad	57,9	9%
- Total CBCL		32%

Como hemos expuesto al principio, el otro grupo de estudios que hemos seleccionado lo componen investigaciones centradas en encontrar las variables de la historia del niño asociadas a las puntuaciones en problemas de conducta. Entre ellos, el estudio de Groza y Ryan (2002) analizó las relaciones entre problemas de conducta evaluados con el CBCL y el sexo y la edad de 147 niños y niñas



de adopciones internacionales realizadas con Rumanía. La edad media de los sujetos era de 10 años. Encontraron que las chicas presentaban menos problemas de conducta que los chicos, y que los chicos y chicas mayores puntuaban significativamente más alto en las subescalas de internalización y externalización que los menores. También se encontró que a mayor tiempo de institucionalización los sujetos presentaban más problemas de internalización. Efectivamente, en la revisión de Johnson (2002) se cita el estudio de Ames (1997) para señalar que los niños institucionalizados durante más de 8 meses presentaban problemas de conducta internalizante (conductas estereotipadas, aislamiento, evitación de la interacción con los pares, etc.) al comienzo de la adopción, pero cuando esos niños llevaban 3 años adoptados predominaban en ellos los problemas de conducta externalizante (agresividad, descontrol, conductas antisociales, oposicionismo, etc.).

Verhulst, Althaus y Versluis-Den Bieman (1990a y 1990b) evaluaron con el CBCL los problemas de conducta de 2148 sujetos adoptados internacionalmente, de entre 10 y 15 años. Los compararon con sujetos no adoptados. La edad de colocación de los adoptados osciló entre los seis meses y los diez años. Los resultados en el total de problemas del CBCL mostraron que los adoptados, especialmente los chicos, presentaban puntuaciones más altas que los no adoptados. Además, los padres señalaron más problemas externalizantes en los adoptados que en los no adoptados. Los chicos adoptados en el rango de edad de entre 12 y 15 años obtuvieron puntuaciones especialmente altas en los síndromes de delincuencia e hiperactividad. La variable sexo vuelve a tener importancia en el estudio de Dubowitz *et al.* (1994). Estos autores evaluaron con el CBCL a 288 niños de entre 4 y 18 años. Los resultados ponen de manifiesto que los chicos muestran más problemas de conducta que las chicas, además de que estos problemas suelen aumentar con la edad, lo que no se da en el caso de las chicas. A medida que los chicos tenían más edad se observaba un incremento en los problemas externalizantes e internalizantes. Los mayores porcentajes de problemas en los chicos se observaron en conducta delincuente, conducta agresiva, problemas de atención y problemas en las relaciones sociales.

A pesar de la contundencia de los resultados aportados por estos estudios, entre los investigadores cada vez se extiende más la idea de la normalización de los sujetos adoptados. Aunque todavía no es frecuente tener una visión normalizada de la adopción, se están realizando algunos estudios en los que, en vez de focalizar el interés en los problemas, se rescatan los aspectos más positivos del proceso adoptivo, ofreciendo una visión más realista de las familias adoptivas (Borders, Black y Pasley, 1998; Schechtman, 1990; Marquis y Detweiler, 1985). En el mismo sentido Brand y Brinich (1999) defienden que las diferencias encontradas al comparar grupos de adoptados, acogidos y no adoptados en problemas conductuales y emocionales, proceden de las dificultades de un pequeño número de casos, que no son representativos de la población de adoptados, ya que la mayoría de los niños adoptados muestran problemas de conducta parecidos a los de los no adoptados.

Brodzinsky (1990) ofrece un buen resumen de los estudios con adoptados, en él constata que las investigaciones con muestras clínicas indican que los adoptados, especialmente los adoptados de mayor edad, tienen mayor probabilidad de padecer ciertos problemas de conducta (hiperactividad, baja autoestima, dificultades de aprendizaje y problemas escolares) que sus compañeros no adoptados. Asimismo, este autor señala que las investigaciones con muestras no clínicas también sugieren una mayor vulnerabilidad psicológica de los niños adoptados, aunque reconoce que en este tipo de estudios los datos son menos consistentes.

Efectivamente, cuando se estudian muestras no clínicas los investigadores encuentran resultados diversos: la diferencia entre adoptados y no adoptados tiende a ser menos dramática (Levy-Shiff, Zoran y Shulman, 1997; Verhulst *et al.*, 1990a y b; Cohen *et al.*, 1993; Sharma, McGue y Benson, 1996a), a veces no se encuentra diferencia (Borders *et al.*, 1998; Benson, Sharma y Roehlkepartain, 1994), e incluso, los adoptados obtienen resultados superiores a los no adoptados en algunas variables (Sharma, McGue y Benson, 1996b).

Como se observa en la revisión de las investigaciones, la mayoría de ellas han comparado los problemas de conducta de adoptados y no adoptados en grupos clínicos y no clínicos. Este trabajo pre-

tende evaluar, con el CBCL por ser la prueba más utilizada internacionalmente, los problemas de conducta que presenta un grupo no clínico de adolescentes adoptados españoles y averiguar el rango de normalidad o patología de la muestra en relación a los baremos que proporciona la propia prueba. Las hipótesis de nuestro trabajo son las siguientes:

1. Los problemas de conducta detectados por los padres en la mayoría de los adolescentes no entrarán en el intervalo del rango clínico del CBCL, como en los estudios de Berry y Barth (1989) y de Cohen *et al.* (1993) con muestras no clínicas.

2. Existirá mayor frecuencia de conductas de tipo externalizante (conducta agresiva y delincuente) que internalizante, como en el estudio de Cohen *et al.* (1993).

3. Los adolescentes con problemas internalizantes también presentarán problemas de tipo externalizante (Livingston *et al.*, 2000).

4. Se espera un efecto de género en los problemas de conducta en el sentido de que los chicos presenten más problemas de conducta que las chicas, como recogen algunos estudios (Groza y Ryan, 2000; Verhulst *et al.*, 1999a y b). Además, los chicos tendrán más problemas de conducta de tipo externalizante (incumplimiento de normas, agresividad, hiperactividad, etc.) (Verhulst *et al.*, 1999a y b) y las chicas de tipo internalizante (inhibición, aislamiento, etc.). También se espera que los adolescentes mayores (14-18 años) presenten más problemas de conducta en internalización y externalización que los menores (11-14 años), como en el estudio de Groza y Ryan (2000).

5. Los adoptados con ciertas características en su historia personal, como haber sido adoptado con más edad (Brodzinsky, 1990), haber sufrido maltrato físico o abuso sexual (maltrato activo), haber experimentado acogimientos fracasados, o haber pasado por más centros de acogida, tendrán mayor probabilidad de presentar problemas de conducta en la actualidad. Asimismo, los adolescentes que hayan manifestado problemas de conducta y/o emocionales durante el tiempo de institucionalización (Groza y Ryan, 2002) presentarán más problemas de conducta en el momento del estudio.

## MÉTODO

### Muestra

La muestra de adolescentes estuvo compuesta por 56 sujetos, 35 chicas y 21 chicos. La edad media de los adolescentes en el momento de ser adoptados fue de 9 años, con un rango entre 4 y 15 años, y la edad media en el momento de la recogida de datos fue de 12,9 años, con un rango entre 11 y 18 años. El 93% fue adoptado con más de seis años. El 42,9% fue adoptado junto a otro u otros hermanos. El 41,1% era de etnia diferente a la de los padres acogedores. El 32,1% de los niños había sufrido maltrato activo (maltrato físico, mendicidad y/o explotación laboral y abuso sexual). Durante el periodo que vivieron en residencias de protección, el 44,6% de los niños estuvo en dos centros de acogida y el 37,5% en un único centro. Sólo tres niños habían pasado por tres centros de acogida. Además, el 21,4% de los niños había tenido un acogimiento fracasado previo al actual, el 5,4% había estado en dos acogimientos y un niño estuvo en tres acogimientos previos. Según los datos de los informes de los centros de acogida, el 18% de los niños manifestaron problemas anteriores al acogimiento actual (conductuales, emocionales, psicosomáticos, etc.).

Respecto a las características de los padres adoptivos todas las familias estaban compuestas por parejas de padre y madre. El 46,4% de las madres y el 25% de los padres tenía menos de 45 años, mientras que el 51,8% de las madres y el 68% de los padres eran mayores de 45 años. Los participantes en el estudio residían en la provincia de Málaga (España). El 60% de las madres y el 52% de los padres tenían un nivel educativo bajo.

### Instrumentos

Las puntuaciones en problemas de conducta de los adoptados se obtuvieron mediante el *Checklist Behavior Children List* (CBCL/4-18, Achenbach y Edelbrock, 1983; Achenbach, 1991a). Se utilizó la subescala de internalización, que está compuesta por tres

subescalas: la de rechazo social o aislamiento (9 ítems), la de problemas somáticos (10 ítems) y la de ansiedad/depresión (13 ítems); y la subescala de externalización, que consta de dos subescalas: la de conducta delincuente (13 ítems) y la de conducta agresiva (20 ítems).

Los datos de los padres, así como los relativos a la historia de los adolescentes se obtuvieron inicialmente de los expedientes, pero se completaron y contrastaron con los datos proporcionados por los propios sujetos en la visita a los domicilios familiares.

### **Procedimiento**

Este estudio forma parte de una investigación más amplia financiada por la Dirección General de Enseñanza Superior (PB96-0700). El acceso a las familias y a la información sobre los menores se realizó a través del Servicio de Protección a la Infancia y Familia de la Delegación Provincial de Asuntos Sociales de Málaga, en virtud del acuerdo de colaboración que el grupo de investigación mantiene con este organismo desde el año 1994. Los técnicos nos remitieron los casos de familias adoptivas que cumplían los siguientes requisitos: residir en la provincia de Málaga; tener hijos adoptados con edades entre 11 y 18 años en el momento de la realización del estudio; y pertenecer al grupo de adopciones especiales por haber sido adoptado con más de seis años. Además, podían haber sido adoptados con hermanos y/o tener una etnia diferente a la de los padres adoptivos. Se excluyeron los casos de niños con discapacidad física, psíquica o sensorial. Por último, el tiempo de convivencia de los menores con la familia adoptiva debía ser de, al menos, un año con el fin de que hubieran superado el proceso de adaptación. Las familias fueron visitadas en sus domicilios, donde se contrastaron los datos del expediente y se les pasó el CBCL.

### **RESULTADOS**

En la Tabla 3 se muestran los estadísticos descriptivos en base a las puntuaciones directas en las cinco subescalas del CBCL uti-

lizadas en este estudio: aislamiento/rechazo social, problemas somáticos, ansiedad/depresión, conducta delincuente y conducta agresiva. Las puntuaciones medias más altas han correspondido a las subescalas de conducta agresiva ( $M=10$ ) y a la de ansiedad/depresión ( $M=4,11$ ).

**Tabla 3.- Media, desviación típica (DT), mínimo y máximo de las puntuaciones directas en las escalas de problemas de conducta del CBCL**

	<i>Aislamiento</i>	<i>Problemas Somáticos</i>	<i>Ansiedad / Depresión</i>	<i>Conducta Delincuente</i>	<i>Conducta Agresiva</i>
N	55	55	55	55	55
Media	3,09	1,51	4,11	2,43	10
DT	2,60	1,74	3,2	1,74	7,13
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	8	7	14	6	32

En la Tabla 4 se presenta los porcentajes de adolescentes según las puntuaciones directas dadas por los padres en las subescalas de internalización (aislamiento/rechazo social, problemas somáticos y ansiedad/depresión). El 19,6% de los adolescentes no presenta problemas de aislamiento, el 39,3% no presenta problemas somáticos y el 12,5% no tiene síntomas de ansiedad/depresión.

Teniendo en cuenta que el rango de las puntuaciones directas de las subescalas de internalización es de 0-18, los resultados indican que la mayoría de los adolescentes obtienen puntuaciones muy bajas en estas subescalas (en aislamiento el 66% obtiene puntuaciones inferiores a 5; en problemas somáticos el 82% obtiene pun-

tuaciones inferiores a 4; y en ansiedad/depresión el 52% también puntúa menos de 4).

Los adolescentes que puntúan más alto en internalización lo hacen en la subescala de ansiedad/depresión.

**Tabla 4.- Porcentaje de adolescentes según las puntuaciones directas en las subescalas de internalización del CBCL**

<i>P.D.</i>	<i>Aislamiento</i>	<i>Problemas Somáticos</i>	<i>Ansiedad/ Depresión</i>
0	19,6%	39,3%	12,5%
1	14,3%	19,6%	8,9%
2	16,1%	16,1%	16,1%
3	10,7%	7,1%	14,3%
4	5,4%	10,7%	7,1%
5	10,7%	1,8%	7,1%
6	7,1%	1,8%	7,1%
7	7,1%	1,8%	8,9%
8	7,1%	-	7,1%
9	-	-	3,6%
10	-	-	3,6%
14	-	-	1,8%
No datos	1,8%	1,8%	1,8%

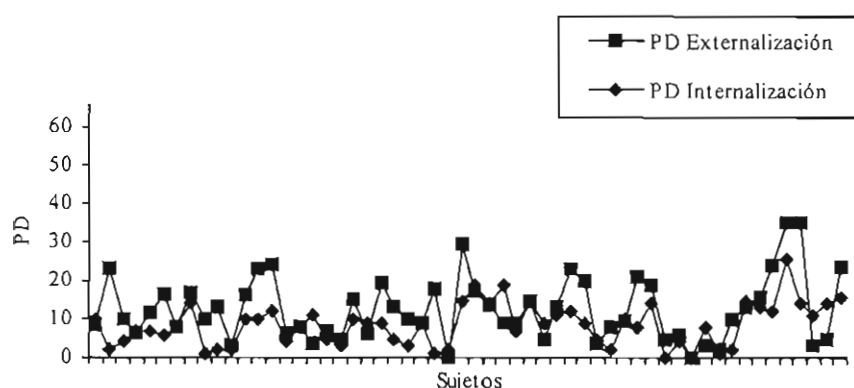
En la Tabla 5 se presenta el porcentaje de adolescentes en cada una de las puntuaciones directas en las dos subescalas de externalización: conducta agresiva y conducta delincuente. El rango de puntuaciones directas de la subescala de conducta delincuente está entre 0 y 26 puntos y en la subescala de conducta agresiva se sitúa entre 0 y 40 puntos. La mayoría de los adolescentes puntúan muy bajo en la subescala de conducta delincuente, en cambio, en la subescala de conducta agresiva se observa una mayor dispersión en las puntuaciones obtenidas por los sujetos.

**Tabla 5.- Porcentaje de adolescentes según las puntuaciones directas en las subescalas de externalización del CBCL**

<i>P.D.</i>	<i>Conducta Agresiva</i>	<i>Conducta Delincuente</i>
0	3,6%	16,1%
1	3,6%	19,6%
2	5,4%	12,5%
3	3,6%	21,4%
4	7,1%	17,9%
5	7,1%	5,4%
6	3,6%	5,4%
7	7,1%	-
8	14,3%	-
9	1,8%	-
10	1,8%	-
11	3,6%	-
12	3,6%	-
13	5,4%	-
14	1,8%	-
15	3,6%	-
16	3,6%	-
17	1,8%	-
18	5,4%	-
19	3,6%	-
20	1,8%	-
25	1,8%	-
29	1,8%	-
32	1,8%	-
No datos	1,8%	1,8%

En la Figura 2 se presentan conjuntamente las puntuaciones directas en la subescala de internalización y en la de externalización. Como se observa, las puntuaciones en la subescala de externalización son superiores ( $M=12,42$ ) a las puntuaciones en internalización ( $M=8,71$ ). Esta diferencia es estadísticamente significativa ( $t_{(54)}=-3,994$ ;  $p<,001$ ).





**Figura 2.- CBCL. Puntuaciones directas en Internalización y Externalización**

En la Tabla 6 se muestran los estadísticos descriptivos en base a las puntuaciones directas en las escalas de internalización, externalización y en el total de la prueba.

**Tabla 6.- Número de sujetos, media, desviación típica, mínimo y máximo en las escalas de internalización y externalización y puntuación total del CBCL. Puntuaciones directas**

	<i>Internal.</i> <i>PD</i>	<i>External.</i> <i>PDI</i>	<i>CBCL</i> <i>Total PD</i>
N	55	55	55
Media	8,71	12,42	21,12
DT	5,46	8,17	12,07
Mínimo	0	0	2
Máximo	26	36	62

En la Tabla 7 se presentan las correlaciones entre las puntuaciones directas de las subescalas de internalización (aislado, problemas somáticos y ansiedad) y las subescalas de externalización (conducta delincuente y conducta agresiva). Se observa que existe una correlación significativa entre ansiedad y conducta agresiva, aislamiento y problemas somáticos. Esto quiere decir que los padres que han dado mayores puntuaciones a sus hijos en ansiedad también han observado más conductas de aislamiento y mayores problemas somáticos. Por otro lado, también existe correlación significativa entre comportamientos de aislamiento y conducta delincuente.

**Tabla 7.- Correlaciones significativas entre las puntuaciones directas de las subescalas de internalización y externalización del CBCL**

		<i>Ansiedad</i>	<i>Aislado</i>	<i>Pr. somáticos</i>
Aislado	Correlación de Pearson	0,321		
	Sig. (bilateral)	0,017*		
	N	55		
Pr. Somáticos	Correlación de Pearson	0,316		
	Sig. (bilateral)	0,019*		
	N	55		
Ansiedad	Correlación de Pearson			
	Sig. (bilateral)			
	N			
Delincuente	Correlación de Pearson		0,387	
	Sig. (bilateral)		0,003**	
	N		55	
Agresiva	Correlación de Pearson	0,500	0,295	0,301
	Sig. (bilateral)	0,001**	0,029*	0,026*
	N	55	55	55

\*  $p < ,05$ ; \*\*  $p < ,01$ ; \*\*\* $p < ,001$

En la Tabla 8 aparecen las correlaciones de las puntuaciones de las tres escalas totales (externalización, internalización y total). Existe correlación significativa ( $r=,05$ ) entre las puntuaciones dadas por los padres en internalización y externalización, es decir, cuando los padres dan una puntuación alta a sus hijos en externalización también la dan en internalización. Asimismo, existe una correlación todavía más alta entre las puntuaciones en internalización, externalización y la puntuación total de la prueba, lo que era de esperar dada la correlación entre internalización y externalización.

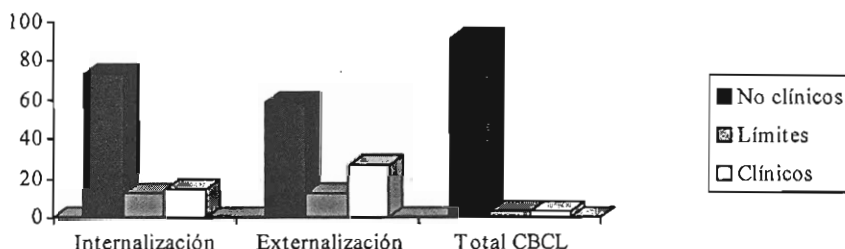
**Tabla 8.- Correlaciones entre las puntuaciones directas de las escalas del CBCL: internalización, externalización y total**

	<i>P.D. en Externalización</i>	<i>P.D. Total</i>
P.D. Total en	Correlación de 0,551	0,825
Internalización	Pearson 0,001***	0,001***
	Sig. (bilateral) 55	55
	N	
P.D. Total en	Correlación de	0,926
Externalización	Pearson	0,001***
	Sig. (bilateral)	55
	N	

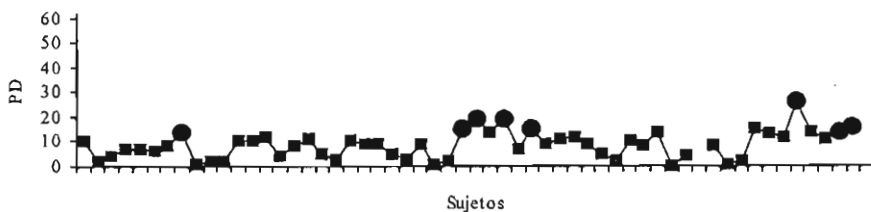
\*\*\*  $p < ,001$

En la Figura 3 aparece la distribución de los adolescentes del estudio según la distribución por rangos. En la subescala de internalización el 72,7% de los sujetos son evaluados dentro del

rango de normalidad de la prueba, mientras que el 12,7% están en la zona límite y el 14,5% en el rango clínico. En la subescala total de externalización hay un 58,9% de adolescentes clasificados dentro del rango de normalidad, mientras que el 12,5% están en el rango límite y el 26,8% en el rango clínico. El 91,1% de los adolescentes puntúa dentro del rango de normalidad en el total de la prueba del CBCL, mientras que el 3,6% está en el límite y el 3,6% en el rango clínico.



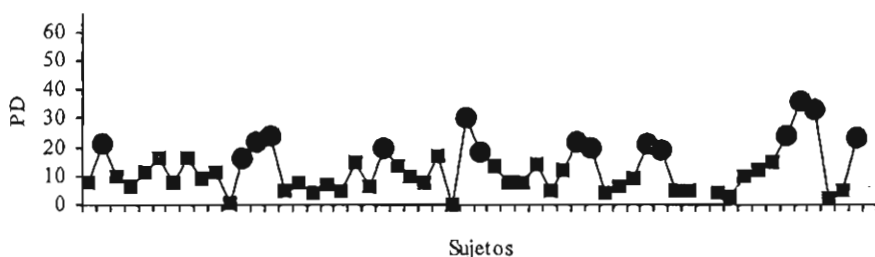
**Figura 3.- Porcentaje de adolescentes por rangos y escalas totales del CBCL**



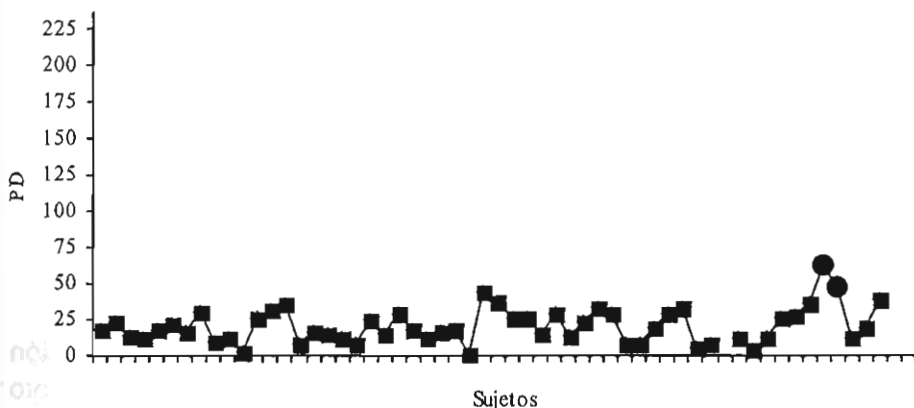
**Figura 4.- Distribución de las puntuaciones directas en internalización. Los sujetos en rango clínico se representan con el círculo**

En la Figura 4 se presentan las puntuaciones directas en internalización destacando con un círculo los casos que caen dentro del rango clínico (14,5%).

En la Figura 5 se especifican los casos según la calificación clínico-no clínico en la subescala de externalización. Los casos clínicos (26,8%) se representan con un círculo.



**Figura 5.- Distribución de las puntuaciones directas en externalización. Los sujetos en rango clínico se identifican con el círculo**



**Figura 6.- Puntuación directa en la escala total del CBCL. Los sujetos en el rango clínico se identifican con el círculo**

En la Figura 6 se observa la puntuación directa total de la prueba con la representación de los sujetos en rango clínico mediante un círculo (3,6%).

Las variables de la historia del niño que han resultado asociadas con las puntuaciones en el CBCL son: haber presentado problemas anteriores al acogimiento actual, la edad de adopción y el número de acogimientos fracasados. Así, los niños que habían presentado problemas anteriores a la adopción tienen puntuaciones más altas en la subescala de aislamiento social, en la subescala de conducta agresiva y en la escala total del CBCL (Tabla 9).

**Tabla 9.- Relación entre las puntuaciones directas de las escalas de problemas de conducta del CBCL y la presencia de problemas anteriores a la adopción de los adolescentes. Número de sujetos en cada grupo, media, t-student, grados de libertad y significación**

	PROBLEMAS ANTERIORES	N	MEDIA	T	GL	SIG.
Aislamiento	Sí	10	4,5	2,241	35	0,03*
	No	27	2,48			
Conducta agresiva	Sí	10	14,1	2,011	35	0,05*
	No	27	8,89			
Total	Sí	10	27,2	1,99	35	0,05*
	No	27	18,3			

\*  $p < ,05$

Los niños que tenían más edad en el momento de la adopción obtienen puntuaciones más altas en las subescalas de aislamiento e internalización (Tabla 10). Asimismo, los niños que han pasado por más acogimientos fracasados obtienen puntuaciones más altas en las subescalas de aislamiento y conducta delincuente.

**Tabla 10.- Correlación entre las puntuaciones directas en las escalas de problemas de conducta del CBCL y algunas variables cuantitativas de la historia de los adolescentes**

		<i>EDAD</i>	<i>ACOGIMIENTOS</i>
		<i>ADOPCION</i>	<i>FRACASADOS</i>
Aislamiento.	Correlación	-0,293	0,636
	de Pearson		
	Sig. (bilateral)	0,030*	0,008**
Internalización	N	54	16
	Correlación	-0,297	
	de Pearson		
Conducta delincuyente	Sig. (bilateral)	0,029*	
	N	54	
	Correlación		0,500
	de Pearson		
	Sig. (bilateral)		0,049*
	N		16

\*  $p < ,05$  \*\*  $p < ,001$

## DISCUSIÓN

Uno de los aspectos más analizados en la población de sujetos adoptados, sea cual sea el tipo de adopción o sus características, es la presencia y prevalencia de problemas de conducta. Nuestro estudio recoge, por primera vez en población española, los resultados con la prueba CBCL, que, como dijimos, es el instrumento que más se ha utilizado en las investigaciones internacionales para evaluar esta variable.

Como predecía nuestra primera hipótesis, en la subescala de internalización el 72,7% de los sujetos son evaluados dentro del rango de normalidad de la prueba, mientras que sólo el 12,7% están en la zona límite y el 14,5% en el rango clínico. En la subescala de externalización hay un 58,9% de adolescentes clasificados dentro del rango de normalidad, mientras que el 12,5% están en el rango límite y el 26,8% en el rango clínico. En el total de la prueba del CBCL el 91,1% de los adolescentes puntúan dentro del rango de normalidad, el 3,6% están en el límite y el 3,6% en el rango clínico.

Como se ha señalado, la muestra de este estudio no procede de población clínica, por lo que es lógico obtener menores puntuaciones en las subescalas de externalización, internalización y en el total de problemas de conducta, que en otros estudios como el de Cohen *et al.* (1993). El porcentaje de sujetos en el rango clínico de este estudio es inferior, tanto en internalización como en el total de la prueba, al obtenido en otros estudios con niños en acogimiento con familia extensa (Starr *et al.*, 1999), o en acogimiento residencial (Heflinger *et al.*, 2000).

Por tanto, estos datos con bajos porcentajes de sujetos con problemas de conducta en el rango clínico apoyan la primera hipótesis y dan, en general, una visión normalizadora de los adolescentes adoptados cuando los estudios se constituyen con muestras no clínicas.

Sin embargo, el porcentaje de sujetos en rango clínico en la subescala de externalización sí se acerca al dado por esos estudios, e incluso llega a superarlo, como se predecía en la segunda hipótesis. Nuestros resultados confirman lo obtenido por otros estudios con población en acogimiento (Heflinger *et al.*, 2000) respecto a las puntuaciones directas en la subescala de externalización, ya que son superiores a las puntuaciones directas en internalización. Podemos matizar que las puntuaciones medias más altas en problemas de conducta de los adolescentes, según sus padres, han correspondido a las subescalas de conducta agresiva ( $M=10$ ) y ansiedad/depresión ( $M=4,11$ ), mientras que las puntuaciones de la subescala de conducta delincuente resultan ser bajas ( $M=2,43$ ). Efectivamente, casi todos los adolescentes obtienen puntuaciones bajas en la subescala de delincuencia, en cambio, existe un alto porcentaje de adolescen-



tes en puntuaciones medias-altas en la subescala de conducta agresiva.

La tercera hipótesis preveía la presencia de síntomas internalizantes en niños que también tienen síntomas externalizantes, como ya aparecía en el estudio de Costello y Angold (1995). Los resultados apoyan esta hipótesis al mostrar una correlación significativa entre ansiedad y conducta agresiva, aislamiento y problemas somáticos. Esto quiere decir que los padres que han dado mayores puntuaciones a sus hijos en ansiedad también han observado más conductas de tipo agresivo, aislamiento y mayores problemas somáticos. Por otro lado, también existe correlación significativa entre comportamientos de aislamiento y conducta delincuente y agresiva.

Por tanto, de acuerdo con nuestras previsiones recogidas en la tercera hipótesis, también existe correlación significativa entre las puntuaciones dadas por los padres en internalización y en externalización, es decir, cuando los padres dan una puntuación alta a sus hijos en externalización también la dan en internalización. Asimismo, existe una correlación todavía más alta entre las puntuaciones en las escalas de internalización, externalización y la puntuación total de la prueba, lo que era de esperar dada la fuerte correlación entre internalización y externalización. Estos resultados también han sido descritos por Achenbach y Edelbrock (1983) y Seiffge-Krenke (2000).

Contrariamente a lo esperado en la cuarta hipótesis, en este estudio no se encontraron diferencias significativas en problemas de conducta según el sexo ni la edad actual de los sujetos, aunque otros estudios, como el de Groza y Ryan (2002), sí han descrito esta relación.

Tampoco se encontró relación entre problemas de conducta y haber padecido maltrato activo o haber estado en más centros de protección como se esperaba en la quinta hipótesis. En cambio, sí se ha encontrado relación entre las puntuaciones en aislamiento e internalización y la edad de los menores en el momento en que fueron adoptados. Este resultado nos parece una aportación interesante porque en este estudio se ha diferenciado entre la edad de los menores en el momento de ser adoptados y la edad en el momento de realizar el estudio. Al hacer esta matización se observa

que la asociación se produce entre problemas de aislamiento e internalización y la edad al inicio de la adopción, pero no con la edad actual de los adolescentes. Dado que la mayoría de los estudios sólo consideran la edad actual de los sujetos, nos parece relevante encontrar que los niños que tenían más edad al inicio de la adopción presentan más problemas del tipo señalado que los más pequeños, sin que esos problemas se relacionen con la edad actual.

También se ha encontrado que los niños y niñas con problemas de conducta antes de ser adoptados puntúan más alto en las subescalas de aislamiento, conducta agresiva y total de la prueba en la actualidad. Asimismo, haber tenido acogimientos previos fracasados se asocia con problemas de aislamiento y conducta delincuente. Por tanto, ambas previsiones, también recogidas en la quinta hipótesis, se han confirmado.

Si consideramos conjuntamente estos resultados parece que manifestar algunos problemas de conducta en la actualidad (especialmente de aislamiento) se asocia con algunas variables de la historia de los sujetos, como la edad a la que fueron adoptados, haber fracasado en acogimientos previos y haber manifestado problemas de conducta antes de producirse la adopción.

Por último, una de las aportaciones que podemos destacar de este estudio es la constitución homogénea de la muestra en cuanto a las características de los sujetos que la componen, ya que la mayoría de los estudios mezclan tipos de adopción, edades dispares de los sujetos en el momento de producirse la adopción y en el momento de la evaluación, etc. En nuestro caso se cuidaron especialmente estas variables: todos los sujetos fueron de adopción nacional, con edades comprendidas entre los 11 y 18 años en el momento de la evaluación, adoptados con 6 o más años, sin graves enfermedades ni discapacidad y habiendo superado el periodo de adaptación con las familias adoptivas.

Entre las limitaciones que presenta este trabajo se encuentra el haber evaluado los problemas de conducta de los hijos sólo desde la perspectiva de los padres. Creemos que sería interesante evaluar esta variable también desde la perspectiva de sus profesores (TRF versión profesores) y desde la percepción que tiene el propio adolescente de su conducta (YSR de Achenbach, 1991b). Podemos

preguntarnos si coincidirían o no las percepciones de los principales adultos responsables de los menores (padres y profesores) entre sí, y en relación a la opinión de los propios adolescentes sobre su conducta.

Como conclusión general, cabe destacar que los datos de este estudio aportan una visión de los padres bastante normalizadora sobre la conducta de sus hijos adolescentes adoptados. Esto afianza la idea de modificar el enfoque patologizante que mantenían algunos estudios del pasado. También se pone de manifiesto la importancia de ciertas circunstancias de la vida de los niños antes de ser adoptados (acogimientos fracasados, edad de adopción, existencia de problemas antes de la adopción) para lograr una buena adaptación personal, lo cual apunta a la necesidad de mejorar la atención social a los menores que se encuentran en el sistema de protección.

## BIBLIOGRAFÍA

- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T.M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T.M. (1991b). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF Profiles*. Burlington: University of Vermont.
- Ames, E. W. (1997). *The development of Rumanian orphanage children adopted to Canada* (pp. 1-138). Burnaby, BC.: Simon Fraser University.
- Benson, P., Sharma, A. y Roehlkepartain, E. (1994). *Growing Up adopted: a portrait of adolescents and their families*. Minneapolis, MN: The Search Institute.
- Berry, M. y Barth, R. (1989). Behavior problems of children adopted when older. *Children and Youth Services Review*, 18 (1/2), 37-56.
- Borders, L.D., Black, L.K. y Pasley, B.K. (1998). Are adopted children and their parents at greater risk for negative outcomes?. *Family Relations*, 47 (3), 237-241.
- Brand, A. y Brinich, P. (1999). Behavior problems and mental health contacts in adopted and no adopted children. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 40 (8), 1221-1229.

- Brodzinsky, D.** (1990). A stress and coping model of adoption adjustment. En D. Brodzinsky y D. Schechter (eds.). *The psychology of adoption*, (pp. 3-24). New York: Oxford University Press.
- Cohen, P., Cohen, J. y Brook, J.** (1993). An epidemiological study of disorders in the late childhood and adolescence. II. Persistence of disorders. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 34 (6), 869-877.
- Costello, E. y Angold, A.** (1995). Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1779-1791.
- Dubowitz, H., Feigelman, S., Harrington, D., Starr, R., Zuravin, S. y Sawyer, R.** (1994) Children in kinship care: how do they fare?. *Children and Youth Services Review*, 16, 1/2, 85-106.
- Johnson, D. A.** (2002). Adoption and the effect on children's development. *Early Human Development*, 68, 39-54.
- Groza, V. y Ryan, S. D.** (2002). Pre-adoption stress and its association with child behavior in domestic special needs and international adoptions. *Psychoneuroendocrinology*, 27, 181-197.
- Heflinger, C., Simpkins C. y Combs-Orme, T.** (2000). Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review*, 22 (1), 55-73.
- 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.
- Livingston, S., Howard, J. y Monroe, A.** (2000). Issues underlying behavior problems in at-risk adopted children. *Children and Youth Services Review*, 22 (7), 539-562.
- Marquis, K. y Detweiler, R.** (1985). Does adopted mean different? An attributional analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (4), 1054-1066.
- Schechtman, J.** (1990). A comparison of adoptees' and nonadoptees' experiences of mid-to-late adolescence. *Dissertation Abstract International*, 51-B, 08, 4065.
- Seiffge-Krenke, I.** (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 675-691.
- Sharma, A.R., McGue, M.K. y Benson, P.** (1996a). The emotional and behavioral adjustment of United States Adopted Adolescents: Part I. An Overview. *Children And Youth Services Review*, 18, (1/2), 83-100.
- Sharma, A.R., McGue, M.K. y Benson, P.** (1996b). The emotional and behavioral adjustment of United States Adopted Adolescents: Part II. Age at adoption. *Children And Youth Services Review*, 18, (1/2), 101-114.

- Simmel, C., Brooks, D., Barth, R. y Hinshaw, S.** (2001). Externalizing symptomatology among adoptive youth: prevalence and preadoption risk factors. *Journal of abnormal child psychology*, 29, (1), 57-69.
- Starr, R., Dubowitz, H., Harrington, D. y Feigelman, S.** (1999). Behavior problems of teens in kinship care. En R. Hegan y M. Scannapieco (eds.) *Kinship foster care: policy, practice and research* (pp. 193-203). N.Y.: Oxford University.
- Verhulst, F., Althaus, M. y Versluis-Den Bieman, H.** (1990a). Problem behavior in international adoptees: I. An epidemiological study. *Journal American Academy on Child and Adolescent Psychiatry*, 29, (1), 94-110.
- Verhulst, F., Althaus, M. y Versluis-Den Bieman, H.** (1990b). Problem behavior in international adoptees: II. Age at placement. *Journal American Academy on Child and Adolescent Psychiatry*, 29, (1), 104-111.
- Verhulst, F. y Versluis-Den Bieman, H.** (1995). Developmental course of problem behaviors in adolescent adoptees. *Journal American Academy on Child and Adolescent Psychiatry*, 34, (2), 151-159.
- Versluis-Den Bieman, H. y Verhulst, F.** (1995). Self-reported and parent reported problems in adolescent international adoptees. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 36, (8), 1411-1428.