

Trabajo Fin de Grado  
Grado en Medicina

# Asociación entre la adopción y los trastornos psiquiátricos en la adolescencia.

Estudio en el Hospital Universitario de Basurto.

Autora:

Leire Cuadrado Alonso

Directora:

Dra. Aránzazu Fernández Rivas

© 2021, Leire Cuadrado Alonso



## ÍNDICE

### 1. INTRODUCCIÓN

#### 1.1. Objetivos

### 2. MATERIAL Y MÉTODOS

#### 2.1. Diseño

#### 2.2. Revisión bibliográfica

#### 2.3. Población de estudio

#### 2.4. Criterios de inclusión

#### 2.5. Muestra de pacientes

#### 2.6. Variables

#### 2.7. Análisis estadístico

#### 2.8. Aspectos éticos

### 3. RESULTADOS

### 4. DISCUSIÓN

#### 4.1. Relación entre el apego y la adopción

#### 4.2. Adolescencia y adopción

#### 4.3. Trastornos psiquiátricos asociados a la adopción

### 5. CONCLUSIONES

### 6. SEGOS Y LIMITACIONES

### 7. BIBLIOGRAFIA

### 8. ANEXOS

## 1. INTRODUCCIÓN

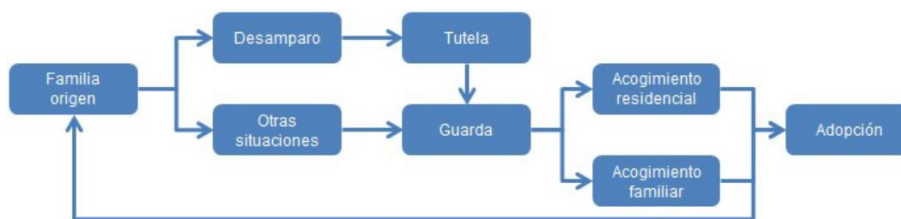
La adopción es definida como la acción de tomar legalmente en condición de hijo al que no lo es biológicamente (1), este acto se muestra como un recurso eficiente para hacer frente a los posibles problemas de los niños huérfanos, abandonados o con dificultades sociales (2). Sin embargo, no está exento de dificultades, ya que, como apuntaba J. Bowlby en 1951, el desarrollo del carácter de un niño depende esencialmente de la relación con la madre o cuidador principal durante los primeros años de vida y, por lo tanto, cualquier niño que carezca de ella, podrá desarrollar problemas físicos, intelectuales, emocionales o sociales (3).

En España hasta los años 70, cuando se estableció la Constitución española de 1978, si un niño quedaba huérfano o desprotegido, era comúnmente institucionalizado. Sin embargo, a partir de ese momento, se comenzaron a tomar otras alternativas de carácter mucho más moderno y respetuoso con los derechos de los niños. Por ese motivo, se comenzaron a institucionalizar únicamente a los menores con **carácter provisional** hasta que se conseguían para ellos recursos alternativos como el acogimiento familiar o la adopción (2).

Hoy en día, la adopción se considera un recurso de protección del menor destinado a ofrecer un ambiente familiar **alternativo** para aquellos niños, niñas o adolescentes que carecen de familia o que no pueden permanecer en ella, únicamente, en aquellos casos en los que se valora como **imposible** su retorno a la familia de origen (4).

En el caso de la adopción internacional, ésta se establece como **última** medida subsidiaria para los menores, ya que, debe anteponerse el derecho del menor a crecer y desarrollarse en su entorno y cultura, de acuerdo a lo establecido en la Convención de los Derechos del Niño de 1989 y en el Convenio de La Haya de 1993(4).

En España, los procesos más significativos desarrollados por los profesionales de los sistemas de protección de la infancia se simplifican en esta secuencia (**Ilustración 1**)



**Ilustración 1: Procesos más significativos del marco normativo (Leyes 21/1987, 1/1996, 26/2015 y 8/2015)(4)**

Hoy en día según los últimos datos estadísticos de 2019, a nivel de España, el número de nuevas adopciones continua con su tendencia descendente tanto en el grupo de adopciones nacionales como en el de adopciones internacionales. Sin embargo, el descenso durante la última década ha sido mucho más marcado a nivel estatal en este último grupo, ya que, hemos pasado de 3006 nuevas adopciones en 2009 a 370 en 2019. Cabe destacar que, la Comunidad Autónoma Vasca, no se encuentra entre las comunidades autónomas que más niños y niñas adopta, ya que, por ejemplo, en este último 2019 únicamente se han realizado un 5.11% del total de las adopciones internacionales y un 2.16% de las nacionales (5).

Teniendo esto en cuenta, respecto a la prevalencia de menores adoptados en la provincia de Vizcaya (el cual va a ser nuestro grupo de estudio) según los últimos datos que poseemos que datan de 2010, el número de niños y adolescentes adoptados menores de 18 años ronda los 1.100, lo que supone el 0,6% de la población en esa franja de edad (6).

Como hemos comentado anteriormente, la adopción, es un recurso eficiente para hacer frente a los posibles problemas que pueden tener los menores en sus familias de origen (2). Sin embargo, se trata de un proceso complejo que hay que llevar a cabo de manera lenta y en el cual, va a ser necesaria tanto la adaptación del niño como la de la familia adoptiva (7).

En general, pese a que, en el momento de llegada a la familia de adopción, algunos niños pueden presentar problemas de salud físicos y del desarrollo neuromadurativo, así como, problemas de salud mental (2), éstos suelen desaparecer durante los primeros meses de convivencia (8-10). Por lo tanto, la mayoría de adolescentes y adultos que fueron adoptados tienen un buen ajuste psicosocial (6,11).

Sin embargo, a lo largo de los últimos años, en diferentes estudios realizados a menores adoptados, se ha observado que corren un mayor riesgo de padecer trastornos mentales graves comparándolos con sus coetáneos no adoptados (11). Se ha registrado, además, que estos niños y adolescentes están más representados en los servicios de salud mental (6, 12,13).

Hay diferentes teorías acerca de cuál puede ser la causa de esta sobrerrepresentación, por ejemplo, J. Bolwy desarrolló en su obra *“Maternal care and Mental health”* en 1951, la Teoría del Apego, donde explicaba que la relación de una madre con su hijo durante los primeros años de vida, iba a marcar el carácter que posteriormente desarrollaría ese niño. Por lo tanto, aquellos niños que carecen de esta relación o tienen una relación inadecuada, a la larga, van a tener más posibilidades de desarrollar problemas físicos, emocionales, sociales o mentales entre otros (3).

Esto se debe a que, establecer una relación de apego seguro temprano, contribuye a que los niños adquieran una amplia gama de competencias que les van a ayudar a establecer relaciones exitosas con otras personas a lo largo de su vida, como, por ejemplo: habilidades sociales positivas, comprensión de las emociones, compromiso, capacidad de aprendizaje... Además, les otorgará a su vez, más posibilidades de desarrollar habilidades cognitivas y escolares más fuertes, así como una mayor competencia social. De este modo podemos observar que existe cierta conexión entre el desarrollo social/emocional durante la infancia y el crecimiento intelectual. Por otro lado, el hecho de mantener una relación segura y estable con sus cuidadores principales, suele llevar asociado a su vez, el cumplimiento de los cuidados necesarios para el correcto desarrollo de los niños, como son unos cuidados médicos básicos, protección frente al estrés excesivo... lo cual va a contribuir a su vez en un correcto desarrollo cerebral (14).

Al hilo de todo esto, según las teorías desarrolladas en el área de la neurociencia, como, por ejemplo, la “teoría de la mente” cada hemisferio cerebral se encargaría de realizar tareas concretas. De esta manera el hemisferio **derecho**, que es el dominante en su actividad y desarrollo durante los tres primeros años de vida, es el responsable de la representación de los **estados mentales**, tanto de uno mismo, como de los demás. Mientras que el izquierdo es el responsable del pensamiento “silogístico”,

mediante el cual la mente busca explicaciones causales de los acontecimientos y saca conclusiones basadas en una información limitada (15).

En 2002 el autor Schore, afirma que para que ocurra un desarrollo neuronal y psicológico sano es necesaria una **receptividad sintónica** de las figuras de apego durante la primera infancia (16). Desde un punto de vista neurobiológico y psicológico por lo tanto, la experiencia **más crucial e influyente** es la que ocurre en el contexto de los vínculos de apego, de manera que, un apego seguro proporciona al niño una **confianza básica** para establecer relaciones y manejar situaciones difíciles en la vida (15).

Por consiguiente, los niños que padecen una grave deprivación emocional durante este tiempo, pueden presentar mayor riesgo de tener pérdidas de los componentes estructurales del hemisferio derecho. Por ejemplo, la región del cortex orbitofrontal, es una de las estructuras que se puede dañar especialmente y entre sus funciones principales se encuentran la regulación de la conducta social, la toma de decisiones y la inhibición de conductas. El bloqueo de los procesos que lleva a cabo este hemisfero por lo tanto, en cuanto a la conciencia y la vinculación en interacciones con otros, puede entenderse como una respuesta de defensa adaptativa frente a la ansiedad y la falta de control que es provocada por su situación de deprivación. Sin embargo, a su vez, esta falta de integración del funcionamiento de los dos hemisferios, puede establecer una **vulnerabilidad hacia los problemas emocionales y sociales** como hemos mencionado anteriormente (15).

Por otro lado, pero estrechamente relacionado con todo esto, se ha observado, a su vez, que los niños pequeños son muy vulnerables a las influencias adversas de los problemas de salud mental de los padres y de la violencia familiar (14). Estos estresores no tienen por qué ser entendidos únicamente como maltrato físico, ya que, los estresores psicológicos o emocionales son igualmente “tóxicos” para el proceso de desarrollo fisiológico, especialmente cuando esos niños carecen de figuras de apego adecuadas. Todas estas situaciones, además, no van a tener impacto solo en el momento en el que ocurren, si no que podrán tener repercusiones para el resto de su vida (17).

Esto se debe a que estas influencias adversas, van a actuar también sobre el desarrollo cerebral de los niños, sobre todo en aquellas zonas donde predominan los receptores de glucocorticoides, las zonas que se desarrollan en el periodo postnatal, así como, las zonas que son más sensibles a la estimulación del entorno. Por ejemplo, la amígdala es muy sensible a las estimulaciones repetidas intermitentes de manera que, si se “acostumbra” a esto, va a facilitar las reacciones automáticas descontroladas de ataque/huida/parálisis/agitación... que aparecen frecuentemente en estos casos (18).

Esta teoría podría estar relacionada con la adopción, ya que, los niños adoptados, sobre todo, aquellos que son adoptados internacionalmente, provienen por lo general de lugares donde no han podido crear relaciones de apego intensas y prolongadas, como son, por ejemplo, los orfanatos o los centros de acogida. Según varios autores, el orfanato, incluso sólo durante los dos primeros años de vida, podría ocasionar graves efectos a largo plazo sobre el comportamiento social y afectivo (10). Además, se ha demostrado que cuanto mayor sea el tiempo de institucionalización, mayor va a ser el riesgo de desarrollar dichos problemas, ya que por cada tres meses que un niño pasa institucionalizado durante el primer año de vida, pierde un mes en el desarrollo del lenguaje y en el desarrollo psicomotor (7).

Por otro lado, la adopción, de por sí, implica la separación y pérdida de las figuras de referencia anteriores, al mismo tiempo que supone el desarrollo de nuevas relaciones de apego, peculiaridades que van a marcar la trayectoria de los niños y niñas adoptados (19).

Asimismo, cabe destacar, que la **etapa de la adolescencia** supone para una persona adoptada aparte de todas las dificultades que conlleva para cualquier individuo, la asunción de diferentes tareas como son: la exploración del sentido y consecuencias de ser adoptado; hacer frente a la pérdida asociada a la adopción; considerar la búsqueda de la familia biológica; en caso de que se trate de una adopción internacional, hacer frente a la identidad racial... (20-23).

Todo esto, sumado a su pasado de abandono, negligencia, maltrato... hace que los adolescentes adoptados tengan unas **necesidades extra** respecto a los no adoptados, como son: la estabilidad, la seguridad, la protección y calidez afectiva; rehabilitación



y tratamientos reparadores; reconciliarse con sus orígenes y su pasado, así como, con sus mundos de pertenencia; modelos de identificación y rasgos sanos de identidad adoptiva positiva... (20,24).

Estos adolescentes, por lo tanto, van a ser más propensos a presentar conductas de riesgo, al mismo tiempo que van a aumentar los sentimientos de culpa y de incapacidad para controlar sus propias vivencias y malestares. Por tanto, se confirma una interacción de difícil manejo y con muchas ramificaciones entre problemas afectivos y problemas de conducta que van a requerir profesionalmente y también, a las familias, la capacidad para traducir en algunas ocasiones las conductas como peticiones de ayuda y como expresión de malestares profundos tanto del pasado, del presente, como asociados al futuro (20).

Basándonos por lo tanto en que los niños y adolescentes adoptados podrían considerarse una población de riesgo para desarrollar patología psiquiátrica, nuestra investigación se va a centrar en, tratar de establecer si en la Unidad de hospitalización Infanto-Juvenil del Hospital de Basurto se puede observar esta sobrerrepresentación de niños y adolescentes adoptados, y si por lo tanto podríamos afirmar que estos niños y adolescentes sí que presentan con mayor frecuencia patología psiquiátrica grave. Además, trataremos de establecer cuáles son las patologías que presentan con mayor frecuencia y cuál puede ser el motivo.

### **1.1. OBJETIVOS**

Definir si la adopción se puede considerar un factor de riesgo de padecer un trastorno psiquiátrico grave durante la adolescencia y establecer, además, cuáles son los trastornos que se encuentran más comúnmente entre los adolescentes adoptados y cuál puede ser la causa.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

### 2.1. DISEÑO

Se trata de un estudio prospectivo.

Inicialmente se realizará un *estudio descriptivo* de las variables explicadas en el apartado 2.6, tanto en el grupo de adolescentes adoptados como en el de no adoptados.

Posteriormente se realizará un *análisis bivariado* para el análisis comparativo entre los adolescentes adoptados y los no adoptados que han precisado un ingreso psiquiátrico y se establecerá si existe o no asociación entre la adopción y los trastornos psiquiátricos graves.

### 2.2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A la hora de realizar una revisión bibliográfica acerca del tema que vamos a estudiar en nuestra investigación se utilizaron diferentes bases de datos. En primer lugar, se realizó una búsqueda más general usando los términos “*adoption*” y “*adopción*” en las bases de *Pubmed*, *Medlineplus* y *Google académico*.

Posteriormente, se llevó a cabo una búsqueda más concreta en la que se utilizaron los términos “*adopción + trastornos psiquiátricos*” y “*adopción internacional + trastornos psiquiátricos*” en la base de datos de *Google académico*.

A continuación, se volvieron a usar los mismos términos, pero en inglés para realizar la búsqueda en *Pubmed*: “*Association adoption + psychiatric disorders*”.

Por último, se realizó una búsqueda relacionada con cada patología en *Pubmed* utilizando los términos “*adoption + behavioural disorders*”, “*adoption + dissociative disorder*”, “*adoption + post-traumatic stress disorder*”, “*adoption + reactive attachment disorder*” y “*adoption + Pervasive Developmental Disorders*” tanto en inglés como en español.

Como filtro de búsqueda se estableció que los artículos que se iban a utilizar estuvieran publicados entre los años 1993-2020.

Finalmente, destacar que se utilizaron también diversos artículos de la bibliografía que habían utilizado los artículos que nosotros habíamos escogido previamente.

### **2.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Se utilizará la base de datos anonimizada de la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto, en la que se recogen datos de todos los **ingresos de pacientes** (tanto adoptados como no adoptados) desde el inicio de la unidad en junio de 2003 hasta noviembre de 2020. Se trata de la única unidad psiquiátrica infanto-juvenil de Vizcaya específica para estos ingresos.

### **2.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

**Todos los ingresos de menores** en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Basurto, hayan sido o no adoptados previamente a la hospitalización.

### **2.5. MUESTRA DE PACIENTES**

La muestra se compone de un total de 2001 ingresos, de los cuales 166 pertenecen a adolescentes adoptados (8.29%) y el resto, 1835 (91.71%) a no adoptados. La edad de ingreso de los pacientes se encuentra entre los 6 y los 17 años.

### **2.6. VARIABLES**

Las variables que se van a utilizar para este estudio, tanto en los ingresos de adolescentes adoptados como en no adoptados son las siguientes:

- Edad de ingreso
- Procedencia: urgente o programado
- Existencia de ingreso hospitalario previo por patología psiquiátrica grave.
- Tratamiento psicológico y/o psiquiátrico durante la infancia/previo/actual:
  - Infancia: nacimiento – 10 años
  - Previo: 10 años- 6 meses previos al ingreso
  - Actual: 6 meses previos al ingreso-momento del ingreso

- Existencia de desprotección: esta variable se recoge en base a la información aportada por los menores a su psiquiatra responsable a lo largo de la hospitalización.
- Motivo de ingreso
- Diagnóstico al alta
- Tratamiento al alta
- Escala de impresión clínica global (*Clinical global impression CGI*) (25)

Debido al pequeño tamaño de la muestra de los ingresos de adoptados en comparación con la de los no adoptados, hemos agrupado las categorías de algunas variables con el fin de obtener resultados más significativos:

- De este modo la variable de **procedencia** pese a que en la base de datos original se clasifica en diferentes categorías (**Anexo 1.1**), nosotros únicamente vamos a hacer una distinción entre aquellos que han sido ingresados de manera **urgente o programada**.
- En cambio, la variable de **motivo de ingreso** pese a que en la base de datos original se clasifica en diferentes categorías nosotros, vamos a agruparlos según sus **síntomas principales** de manera que nos puedan ofrecer datos mucho más esclarecedores (**Anexo 1.2**).
- Por último, el diagnóstico al alta aparece dividido en **diagnóstico principal y diagnóstico de base** (el cual recoge diagnósticos del eje II según el DSMIV-TR), sin embargo, debido a que no es posible analizar las diferentes combinaciones que aparecen, las unificaremos en una única variable denominada **diagnósticos al alta**. De manera, que nos ofrecerá más información acerca de las diferentes patologías que pueden aparecer en ambos grupos, y podremos analizarlo todo, de una manera más amplia (**Anexo 1.3**).

## 2.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Inicialmente se realizará un *estudio descriptivo* de las siguientes variables en las 2 poblaciones de manera independiente, ingresos de menores adoptados y no adoptados:

- Sexo
- CGI al ingreso, al alta y mejoría
- Edad media al ingreso
- Pacientes ingresados previamente
- Tratamiento psicológico y/o psiquiátrico previo
- Si han sufrido algún tipo de desprotección
- Tipo de ingreso: programado o urgente
- Motivos de ingreso
- Diagnósticos al alta
- Tratamientos al alta

*Análisis descriptivo:*

En el caso de las variables categorías, como son, tratamiento psiquiátrico o psicológico previo, ingreso de manera programada o de manera urgente, motivo de ingreso, diagnóstico al alta y el tratamiento al alta; calcularemos la **frecuencia y el porcentaje**.

En cambio, en el caso de las variables cuantitativas como son la edad de ingreso y el CGI al ingreso, al alta y la mejoría calcularemos **la media y la desviación estandar**.

### *Análisis bivariado:*

Posteriormente se realizará un **análisis bivariado** para el análisis comparativo entre los ingresos de menores adoptados y los no adoptados.

Para ello utilizaremos la prueba de *t de student* para las variables cuantitativas. Para las variables cualitativas en cambio, utilizaremos entre otras, *la prueba de chi al cuadrado, el test exacto de Fisher y la corrección de Yates* en aquellos casos en los que alguna de las variables es menor de 5.

Los análisis fueron realizados con los paquetes estadísticos de Excel 2016 y de SPSS para Windows 10.

- **Cálculo del tamaño de la muestra:** La muestra a estudio en este caso será aproximadamente de 166 ingresos de menores adoptados, de una muestra total de 2001 ingresos en la unidad.

## **2.8. ASPECTOS ÉTICOS**

Se trata de una investigación en la que no se conocerá la identidad de los pacientes a estudio, ya que la base de datos que se va a utilizar para ello ha sido anonimizada previamente. Por lo tanto, no se accederá a las historias de los pacientes en cuestión en ningún momento.

El estudio, además, ha sido elaborado respetando los principios establecidos en la declaración de Helsinki (1964) última versión Fortaleza, Brasil 2013, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina (1997), y en la normativa sobre investigación biomédica, protección de datos de carácter personal. Ley 14/2007 de Investigación Biomédica

El estudio cumple lo establecido en el REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. Los datos personales serán tratados

por Osakidetza – Servicio Vasco de Salud. No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.

Por lo tanto, se solicitó al comité ético y de investigación del HUB (CEIC) mediante un documento escrito, los permisos necesarios para realizar la investigación y el permiso necesario para la utilización de la base de datos mencionada anteriormente.

Se solicitó así mismo la exención de consentimiento informado por:

Dado de que se trata de un estudio retrospectivo, y como así recoge específicamente el artículo 14.5 del reglamento europeo relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales, estableciendo que "no es necesario imponer la obligación de proporcionar información cuando el interesado ya posea la misma, cuando el registro o la comunicación de los datos personales estén establecidos por ley, o cuando facilitar la información al interesado resulte imposible o exija un esfuerzo desproporcionado, particularmente cuando el tratamiento se realice con fines de archivo en interés público, fines de investigación científica o histórica o fines estadísticos".

Finalmente, el 16 de diciembre de 2020, fue **aceptada la solicitud realizada al CEIC** y se comenzó con el estudio. (Informe favorable **anexo 2**)

### 3. RESULTADOS

#### 3.1 VARIABLES DESCRIPTIVAS (Tabla 1)

Se trata de una muestra de un total de 2001 ingresos de pacientes de los cuales 166 (8.29%) corresponden a menores adoptados, mientras que el 91.7% corresponden a no adoptados (**Gráfico 1**).

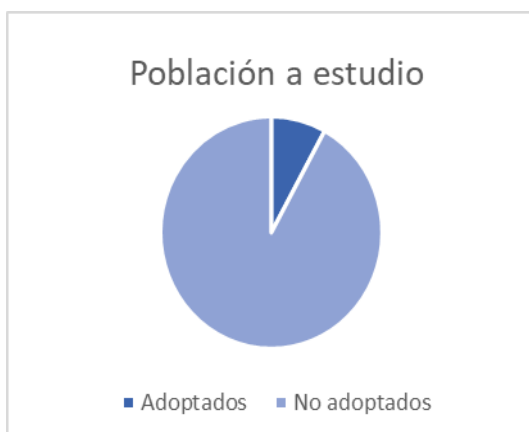


Gráfico 1 Población a estudio

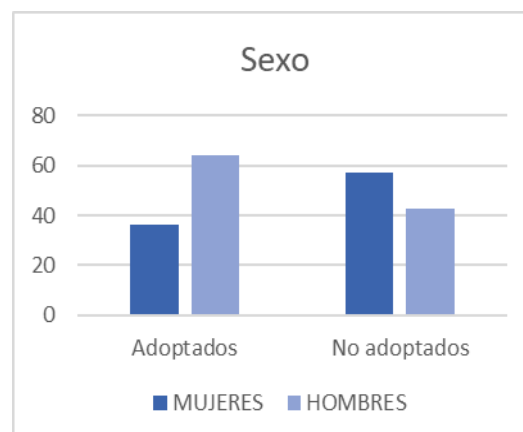


Gráfico 2 Variable sexo

En primer lugar, destacar, que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas respecto al **sexo (Gráfico 2)** entre los ingresos de adoptados y no adoptados, ya que en el grupo de los primeros objetivamos una mayoría de hombres con un 63.85% respecto al 42.89% en el grupo de no adoptados. En el grupo de los no adoptados objetivamos una mayoría de mujeres con un 57.1% (p:0.000). Por otro lado, la **edad media al ingreso** en el grupo de no adoptados es de 14.94 ( $\pm 1.855$  DE), mientras que en el grupo de adoptados es de 14.77 ( $\pm 2.059$  DE), podemos observar, de este modo, una tendencia a la diferencia estadísticamente significativa con una tendencia en p entre 0.051 y p:0.074.

<i>Variables descriptivas</i>			
<i>N total (2001)</i>	<b>Adoptados</b>	<b>No adoptados</b>	<b>Valor de p</b>
	166 (8.29%)	1835 (91.71%)	
<b>Edad media de ingreso</b>	14.77 ( $\pm 2.059$ DE)	14.94 ( $\pm 1.855$ DE)	T student p: 0.074
<b>Sexo</b>			
<b>Mujeres</b>	60 (36.15%)	1048 (57.11%)	Chi cuadrado P: 0.000
<b>Hombres</b>	106 (63.85%)	787 (42.89%)	

Tabla 1. Variables descriptivas

### 3.2 ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES

En cuanto a los **antecedentes psiquiátricos personales**, en este estudio se valoraron diferentes aspectos. En primer lugar, se valoró si habían tenido algún **ingreso psiquiátrico previo**, y se observó que hasta un 59.03% de los ingresos de menores adoptados habían sido hospitalizados previamente frente al 44.84% de los no adoptados, observándose pues una diferencia estadísticamente significativa (p:0.0004).

En segundo lugar, se valoró si los pacientes que eran ingresados habían recibido algún tipo de **tratamiento psiquiátrico o psicológico durante la infancia** (desde el nacimiento a los 10 años), **tratamiento psiquiátrico o psicológico previo** (desde los 10 años a los 6 meses previos al ingreso) o si **actualmente**, en el momento del ingreso estaban recibéndolo (en los últimos 6 meses previos al ingreso).



Se observó, así pues, que los adoptados habían recibido tratamiento psiquiátrico durante la infancia (68.07% vs 40.26% p:0.000), previamente (92.17% vs 69.91% p:0.000) o en el momento del ingreso (93.37% vs 84.37% p:0.0018) en mayor proporción que los no adoptados.

Por último, respecto a la variable **desprotección (Gráfico 3)**, en la que se valora si los pacientes habían sufrido algún tipo de desprotección como puede ser: negligencia, maltrato físico, abusos sexuales... podemos observar que los adoptados han sufrido hasta en un 84.34% algún tipo de desprotección a lo largo de su vida en comparación con los no adoptados que lo sufrieron en un 30.41% de las ocasiones (p:0.000).

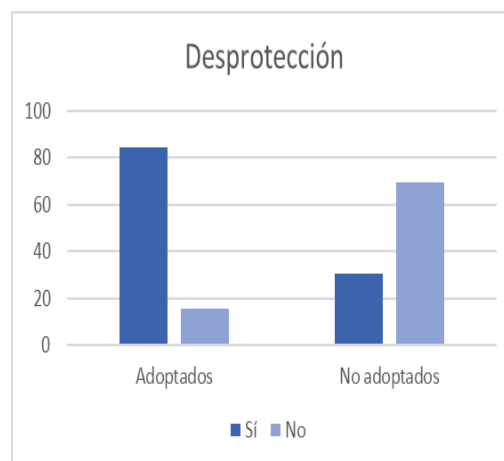


Gráfico 3 Variable desprotección

### 3.3 VARIABLES CLÍNICAS

Respecto a las variables clínicas, podemos observar, que un 73,5% de los ingresos de menores adoptados se ha realizado de manera **urgente** en comparación con un 60% de los no adoptados (p:0.0006), de manera que podemos establecer una diferencia significativa entre ambos grupos (**Gráfico 4**).

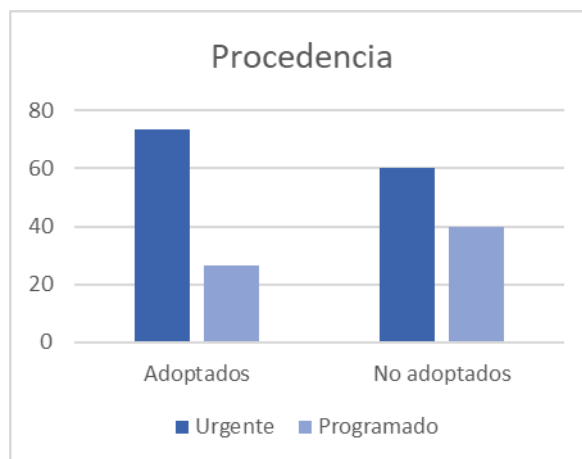


Gráfico 4 Variable procedencia

Sin embargo, cabe destacar por otro lado, que, pese a que en ambos grupos el **motivo de ingreso (Tabla 2)** más común ha sido la alteración de la conducta, existe una clara diferencia entre ellos, ya que, entre los adoptados se trata del motivo más común sin ninguna duda con un 77.71%, en el grupo de no adoptados únicamente se trata del 41.97 (p:0.000).

Un dato a destacar, es que en el grupo de no adoptados los trastornos de la conducta alimentaria suponen un 13.79% de los ingresos, siendo el tercer motivo más común en este grupo, mientras que entre los adoptados a penas se observan, correspondiendo únicamente al 1.81% de los ingresos (p:0.003).

<b>Motivo de ingreso</b>			
	Adoptado	No adoptado	Valor de p
<b><i>Alteración de la conducta</i></b>	129 (77.71%)	770 (41.97%)	0.000
<b><i>TCA</i></b>	3 (1.81%)	253 (13.79%)	0.003
<b><i>Descompensación psicótica</i></b>	13 (7.83%)	247 (13.46%)	
<b><i>Episodio maniaco</i></b>	1 (0.6%)	2 (0.1%)	
<b><i>C. depresiva o intento autolítico</i></b>	18 (10.85%)	511 (27.85%)	
<b><i>Clínica ansiosa</i></b>	0 (0%)	18 (0.98%)	
<b><i>Otros</i></b>	2 (1.2%)	34 (1.85%)	
<b>P (T.exacto de Fisher): 0.0003</b>			

**Tabla 2 Variable motivo de ingreso**

Por otro lado, dentro de la variable **diagnóstico al alta (Gráfico 5)** encontramos también resultados significativos (p:0.000) y los cuales nos dan información relevante acerca de los grupos a estudio. Por un lado, destacar que en el grupo de los adoptados el diagnóstico más frecuente ha sido el trastorno generalizado del desarrollo o asperger (21.67%), seguido del trastorno de personalidad (16.35%) y del trastorno reactivo de vinculación (15.21%).

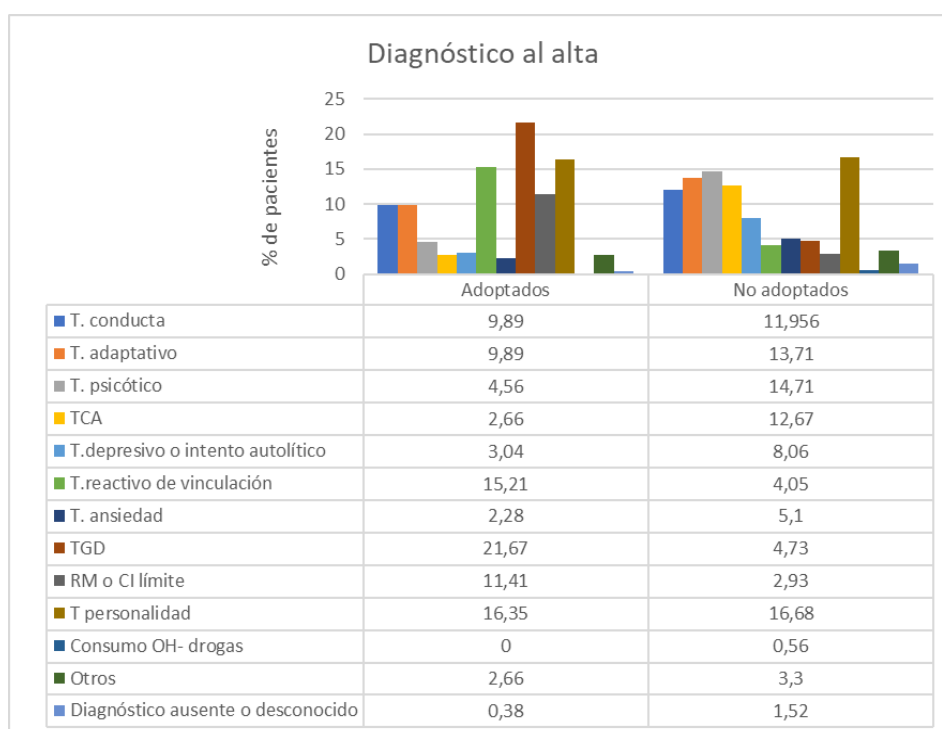
Sin embargo, entre los no adoptados el diagnóstico más común ha sido el trastorno de personalidad (16.68%), seguido del trastorno psicótico (14.71%) y los trastornos adaptativos (13.71%).

Es necesario destacar dentro de esta variable, que se encuentran claras diferencias respecto a algunos diagnósticos en los diferentes grupos. Por ejemplo, al igual que

ocurría en la variable de motivo de ingreso, los trastornos de la conducta alimentaria son mucho más comunes dentro del grupo de no adoptados con un 12.67% de los ingresos frente al 2.66% de las hospitalizaciones entre los adoptados (p:0.016).

Se observa también, una diferencia estadísticamente significativa con una p: 0.040, entre la prevalencia de retraso mental o CI límite en los ingresos de los adoptados 11.41% y el 2.93% de los ingresos de no adoptados.

Por último, encontramos también diferencias significativas respecto al diagnóstico de trastorno reactivo de vinculación, el cual aparece en un 15.21% de los adoptados respecto al 4.05% de los no adoptados (p:0.014).



**Gráfico 5 Variable diagnóstico al alta**

En cuanto al **tratamiento que reciben al alta (Tabla 3)**, no existen diferencias significativas en cuanto a si recibieron psicofármacos o no, ya que, en ambos casos, casi el total de los pacientes que eran dados de alta los recibían, un 94.92% y un 98.19% de los no adoptados y de los adoptados respectivamente (p: 0.06).

Entre los no adoptados los fármacos que más se prescribieron fueron los neurolépticos (72.58%) así como los antidepresivos (40.1%). Sin embargo, entre los adoptados, los fármacos más prescritos fueron los neurolépticos (88.55%) así como, los eutimizantes (24.7%). Encontramos diferencias significativas por lo tanto en los tratamientos con fármacos antidepresivos (p:0.000), neurolépticos (p:0.000), y eutimizantes (p:0.000).

Tratamiento al alta			
	Adoptado	No adoptados	Valor de p (CHI cuadrado)
<b>Psicofármacos</b>	163 (98.19%)	1739 (94.92%)	0,06
<b>Antidepresivos</b>	31 (18,67%)	735 (40,1%)	0
<b>Neurolépticos</b>	147 (88,55%)	1329 (72,58%)	0
<b>Ansiolíticos</b>	90 (54,54%)	1045 (57,04%)	0,53
<b>Hipnóticos</b>	19 (11,44%)	202 (11.02%)	0,867
<b>Eutimizantes</b>	41 (24,7%)	136 (7,43%)	0
<b>Estimulantes</b>	9 (5,42%)	29 (1,58%)	0,0005

**Tabla 3** Variable tratamiento al alta

Por último, a todos los pacientes que fueron ingresados se les valoró según **la escala de impresión clínica global (25)** (Tabla 4) en el momento del ingreso y al alta y se valoró cuanto habían mejorado durante el ingreso.

Encontramos diferencias significativas en todas las valoraciones que se les realizaron, tanto en el momento del ingreso, como al alta. De manera que, pese a que la media de CGI al ingreso en ambos grupos era próximo al 5, es decir el paciente se encontraba marcadamente enfermo, las desviaciones estándar varían: Adoptados  $5.15 \pm 0.99DE$  y no adoptados  $5.07 \pm 2.585DE$  y, por lo tanto, encontramos diferencias estadísticamente significativas (p:0.026)

Al alta, sin embargo, rondaba el 3, es decir los pacientes se encontraban levemente enfermos, sin embargo, nuevamente encontramos desviaciones estándar diferentes lo

cual va a hacer que se encuentren diferencias estadísticamente significativas (Adoptados  $3.67 \pm 0.85$  DE; No adoptados  $3.34 \pm 1.24$  DE  $p:0.000$ ).

Por último, destacar que, presentaban una mayor mejoría al alta los pacientes adoptados con una mejoría de 2.06 y una DE  $\pm 0.74$  en comparación con la mejoría de los no adoptados que era de un 1.8 y una DE  $\pm 0.82$  ( $p:0.002$ ).

<b>Escala de impresión clínica global CGI</b>			
	Adoptados (media)	No adoptados (media)	Valor de p (t student)
<b>Al ingreso</b>	$5.15 \pm 0.99$ DE	$5.07 \pm 2.585$ DE	0.026
<b>Al alta</b>	$3.67 \pm 0.85$ DE	$3.34 \pm 1.24$ DE	0.000
<b>Mejoría al alta</b>	$2.06 \pm 0.738$ DE	$1.8 \pm 0.824$ DE	0.002

**Tabla 4 Variable escala de impresión clínica global**

## **4. DISCUSIÓN**

Nuestro estudio sugiere, al igual que otros realizados previamente (6,11-13), que el porcentaje de adolescentes adoptados que sufren algún tipo de patología psiquiátrica grave, es decir, que requiera de ingreso hospitalario para su control, es mayor que en la población general, ya que su prevalencia en Vizcaya es del 0.6% (6) respecto al 8% que encontramos en nuestro servicio.

### **4.1. RELACIÓN ENTRE EL APEGO Y ADOPCIÓN**

Basándonos en toda la teoría desarrollada en el apartado de la introducción, una de las cuestiones que más interés ha suscitado alrededor de la adopción es si realmente las experiencias tempranas de abandono, negligencia e institucionalización que han sufrido estos menores pueden afectar negativamente en su posterior desarrollo y adaptación, o si las experiencias posteriores con sus familias adoptivas pueden funcionar como factores protectores (13,26,27).

Las experiencias de desprotección, que se han relacionado en diversos estudios (28-30) con una mayor predisposición a sufrir patología psiquiátrica a lo largo de la vida,

se pueden observar en mayor proporción en nuestro estudio asociadas a los ingresos de los pacientes adoptados, de manera que **casi un 85%** de ellos los habían sufrido con anterioridad, respecto al 30% de los pacientes no adoptados (p:0.000).

Desde la perspectiva de la teoría del apego, una gran parte de la literatura sugiere que estas experiencias adversas sufridas durante el periodo preadoptivo fomentan el **desarrollo de un apego inseguro desorganizado** sobre todo en los niños adoptados a edades más tardías (13, 31-35). Un meta-análisis realizado por *van den Dries et al.* en 2009 (35) confirmó esta hipótesis, demostrando que los niños adoptados después de su primer año de vida, desarrollaban un apego menos seguro que sus coetáneos no adoptados (d:0.80), y, además, los niños adoptados mostraban un apego desorganizado en mayor número que los no adoptados (d:0.36), lo cual el autor relacionó con sus experiencias pasadas de maltrato y negligencia.

En la literatura podemos encontrar diferentes estudios que **relacionan el tipo de apego y la psicopatología**, de manera que establecen que los apegos inseguros pueden considerarse un punto de inicio de posteriores patologías (36-39). Por ejemplo, el apego desorganizado, que se considera el apego inseguro más grave, se ha relacionado con la agresividad infantil, la disociación y las relaciones violentas (40-42).

Weindfield et al. 1999 (39), relacionaron, en cambio, el apego inseguro, con el trastorno depresivo en la infancia, con dificultades interpersonales y con un comportamiento adverso en la adolescencia.

Así pues, podemos observar, que la adopción se establece desde el punto de vista del “apego” como un **factor de riesgo** para sufrir algún tipo de patología psiquiátrica a lo largo de la vida. Por lo tanto, dicha teoría podría justificar los resultados que hemos obtenido en nuestra investigación, donde los adolescentes adoptados están **sobrerrepresentados** en los servicios de salud mental con respecto a su representación en la población general.

Dentro de los trastornos psiquiátricos que padecen los adolescentes adoptados encontramos en nuestro estudio, en un porcentaje no despreciable del 15.21% el **trastorno reactivo de vinculación**, el cual está estrechamente relacionado con el

apego. Además, encontramos una diferencia estadísticamente significativa respecto a los no adoptados, en los que solo se observa en un 4.05% ( $p:0.014$ ).

Este trastorno se caracteriza por la presencia de unos patrones relacionales específicos de comportamientos aberrantes en niños que han sufrido algún tipo de desprotección o carencia afectiva, con pocas oportunidades de formar apegos selectivos. Es importante especificar que, para poder diagnosticar este trastorno, la clínica debe de haberse puesto en manifiesto antes de los 5 años (18).

Según el DSMV este trastorno reactivo de vinculación podría clasificarse en **Trastorno de apego reactivo** cuando se observa un comportamiento inhibido, emocionalmente retraído hacia los cuidadores adultos, que, además, posee una alteración social y emocional persistente que puede cursar con episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicado incluso en situaciones no amenazadores... O en **Trastorno de relación social desinhibida** en el que el niño se aproxima e interacciona activamente con adultos extraños sin reticencia, con un comportamiento demasiado cercano que no concuerda culturalmente con los límites sociales apropiados. Además, estos comportamientos no se limitan a la impulsividad, como observaríamos en el caso de los pacientes con TDAH (43).

En ambos casos, para poder diagnosticar este trastorno es necesario que el niño haya experimentado un patrón de cuidado insuficiente y que **este factor sea el responsable** de esa conducta (53). Por lo tanto, podemos deducir, al igual que se muestra en diferentes estudios, que este trastorno es **común** entre niños institucionalizados y que han sido expuestos a experiencias traumáticas a lo largo de su vida (44,45).

Este comportamiento indiscriminado, es decir desinhibido, es una de las anomalías en las relaciones sociales **más persistentes** que presentan niños pequeños adoptados que provienen de instituciones (46).

Estos niños, además, tienen más posibilidades de desarrollar a lo largo de su vida trastornos de la conducta, trastornos sociales o abuso de sustancias (44).

El diagnóstico de trastorno de apego reactivo, implica la falta de una relación de apego focal, sin embargo, se ha observado que, algunos niños pueden desarrollar este

trastorno pese a tener establecida esta relación. Esto va a suceder en los casos en los que la relación este severamente alterada o sea perjudicial para el menor y, por lo tanto, no sea capaz de desarrollar una conducta de apego seguro (18).

Destacar, por último, que este trastorno, sin embargo, ha sido infradiagnosticado durante muchos años debido a la escasa investigación que se ha realizado a cerca de él, además de poseer criterios diagnósticos que se consideran en ocasiones controvertidos (46).

De todo esto podemos deducir, por lo tanto, que existe cierta coherencia entre los datos que hemos encontrado en nuestra investigación y lo que narra la literatura a cerca de este trastorno, ya que, se encuentra en mayor proporción en los adolescentes adoptados que en los que no adoptados. Esto puede deberse, por un lado, a que, con mucha probabilidad, la mayoría de ellos han vivido una situación de institucionalización previa a su adopción, y además, casi un 85% han sufrido algún tipo de desprotección a lo largo de su vida, lo cual podemos deducir, ha provocado un daño severo en su desarrollo tanto social como psicológico.

El hecho de que este trastorno tenga que diagnosticarse cuando los síntomas aparecen antes de los 5 años, puede ser una de las causas de que este infradiagnosticado. Puesto que, si estos menores adoptados no han recibido ningún seguimiento psiquiátrico o psicológico durante esa etapa de su vida, va a ser más complicado conocer si realmente cumplían los criterios diagnósticos. Esta podría ser, por lo tanto, una de las causas de que en nuestra muestra aparezca solo en un 15% de los adoptados pese a que un 85% hayan sufrido algún tipo de desprotección.

#### **4.2. ADOLESCENCIA Y ADOPCIÓN**

En cuanto a la edad media de ingreso, se establece una media de **14 años** aproximadamente en ambos grupos, pese a que existe una tendencia a la diferencia estadísticamente significativa ( $p$  entre 0.051 y 0.074). Podemos decir, por lo tanto, que los adolescentes adoptados ingresan ligeramente más jóvenes que los adolescentes no adoptados, con una edad media comprendida entre 12.7 y 16.8 años, mientras que los no adoptados ingresan generalmente, entre los 13.9 y los 16.79.



Esta edad coincide con los resultados de investigaciones realizadas anteriormente, como, por ejemplo, la realizada por Kessler RC et al. en 2005 (47) en la que interpretaron los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Comorbilidad efectuada a 9000 personas representativas de la población de Estados Unidos, en la que se observó que la edad máxima de inicio para desarrollar un trastorno de salud mental era de 14 años.

Esto se debe, por un lado, a que la adolescencia se caracteriza por ser un periodo en el que se producen cambios importantes a nivel del sistema nervioso central que favorecen la realización de funciones cognitivas más complejas, como por ejemplo, el razonamiento, las relaciones interpersonales, el control cognitivo de las emociones y la motivación. De manera, que si ocurre algún tipo de **alteración o anomalía** en cualquier factor que regula este proceso de maduración, como pueden ser, los cambios hormonales de la pubertad, el abuso de drogas, las alteraciones en las relaciones con sus iguales... puede aparecer algún tipo de patología psiquiátrica (48). Entre ellas la esquizofrenia, la ansiedad, los trastornos afectivos y el abuso de sustancias, son los que tienen una relación más estudiada con la adolescencia, y sirven para destacar las anomalías en los dominios cognitivos, y de las conductas afectivas y motivacionales (49,50).

Por otro lado, la adolescencia supone a su vez un salto evolutivo que conduce a la autonomía y diferenciación del adolescente respecto a su núcleo familiar, lo cual suele conllevar vivencias de inquietud, ansiedad y conflicto debido a la complejidad y contradicción que supone dicho proceso. Por lo tanto, poseer unos vínculos afectivos de calidad respecto a sus progenitores va a proporcionarles una base con la que afrontar esta nueva etapa (51).

La adopción supone pues un **factor de vulnerabilidad** para este periodo, ya que, como hemos comentado anteriormente, en primer lugar, generalmente los adolescentes adoptados carecen de esa base estable que les proporcionaría un apego seguro. Además de, en segundo lugar, haber sufrido a lo largo de su vida preadoptiva pérdidas vinculares, carencias o algún tipo de desprotección (51).

Todo esto, lleva a que el menor adoptado al alcanzar la adolescencia exprese su malestar y caos interno con mayor *agresividad, confusión, indiferenciación o conductas de riesgo* (51).

Se cree que si encima, se trata de adopciones interraciales, el impacto emocional que van a sufrir debido a su **aspecto externo** va a ser mayor, ya que, no van a encontrar en sus padres adoptivos ningún modelo de similitud (52). Esto se debe, a que la adolescencia supone también un momento de grandes cambios físicos en el que el adolescente adoptado se va a transformar sin tener ningún modelo de orientación y contención para su inquietud (51).

Esta aparente fragilidad se puede observar en diversos estudios (13,53-55) en los que se ha demostrado que, durante la adolescencia, los niños adoptados internacionalmente tienen entre 1.5 y 4 veces más posibilidades de ser diagnosticados de diferentes problemas de salud mental en comparación con sus coetáneos no adoptados:

- Tienen hasta una probabilidad 3.6 veces mayor de cometer **suicidio**
- Una probabilidad de 2 a 3.6 veces mayor de ser **hospitalizados** por problemas psiquiátricos
- Una probabilidad mayor de 5 de **abusar de las drogas**
- Incluso una probabilidad de 2 a 3 veces mayor de cometer **un crimen o consumir alcohol**

#### **4.3. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS A LA ADOPCIÓN**

La adopción supone de este modo, una predisposición a sufrir diferentes trastornos psiquiátricos sobre todo en el momento crítico de la adolescencia. Dentro de nuestra investigación, cabe destacar que, el motivo de ingreso más común en el grupo de adoptados, **en casi un 78%** de las ocasiones, ha sido **la alteración de la conducta**. Debemos decir que, pese a que en el grupo de no adoptados también ha supuesto el principal motivo de ingreso, lo ha sido únicamente en un 42% de las ocasiones lo que demuestra una diferencia estadísticamente significativa (p:0.000)

Según el DSMV los criterios diagnósticos del trastorno de conducta incluyen actividades como la agresión y el maltrato a personas y animales, amenazas, intimidación, escaparse de casa o del colegio, robos con violencia, ejercer violencia sexual... Es decir, se diagnostica cuando el niño o el adolescente manifiestan un determinado **patrón de comportamiento antisocial** que es incontrolable por sus adultos responsables, acompañado de una alteración significativa en el funcionamiento familiar y escolar (56).

Esta predisposición de los adoptados a sufrir alteraciones de la conducta ha sido observada en diferentes estudios a lo largo de los años, por ejemplo, ya en 1990 Verhulst et al. (57) en un estudio realizado en el que se comparaban 2148 niños adoptados con 933 no adoptados, encontraron mayor proporción de problemas de conducta sobre todo en el grupo de adolescentes adoptados de entre 12-15 años (58).

Posteriormente, en 2017 Pace CS. et al. (13) observaron que el **status de adoptado** era **predictivo** de problemas externalizantes y alteraciones de la conducta **por sí mismo**, y que el apego no podía ser considerado la única variable a tener en cuenta para tratar de explicar los efectos desadaptativos que poseían este grupo de adolescentes. Aun así, se demostró que el apego desorganizado estaba positivamente relacionado con problemas internalizantes tanto en adoptados como en no adoptados.

Un gran número de estudios muestran que **la regulación emocional** podría considerarse un mediador en la relación entre el apego y la psicopatología psiquiátrica (59). De manera que se observó que aquellos adolescentes que provenían de entornos conflictivos o de riesgo, es decir, con estilos de apego no seguros, poseían deficiencias en la regulación de emociones, problemas emocionales y del comportamiento (60). Posteriormente, en diversos estudios se observó que aquellos adolescentes que habían sido maltratados y que mostraban más conductas externalizantes, solían asociar estrategias de regulación emocional más pobres (61,62).

Se ha demostrado también, que el reconocimiento general de las emociones está inversamente relacionado con los trastornos de la conducta, de manera que aquellos adolescentes que tienen más alteraciones de la conducta, reconocen peor las

emociones en rostros que expresan miedo y tristeza, independientemente de la edad, el coeficiente intelectual y las medidas sociodemográficas que posean (63).

Por lo tanto, podemos deducir de esto que la incapacidad de regular las emociones de manera adecuada que poseen estos adolescentes adoptados puede conllevar un aumento del riesgo de padecer patologías de tipo externalizante entre las que se encuentra una alteración de la conducta tan grave como para que necesite de ingreso hospitalario con el fin de controlarlo. Además, el hecho de que sean en general, conductas más “explosivas”, es decir, menos predecibles, hace que estos ingresos tengan que realizarse de manera **urgente** en vez de programada, ya que no se conoce exactamente el momento en el que van a ocurrir.

Esto se puede observar en nuestra investigación, ya que, el porcentaje de ingresos urgentes es muy similar al porcentaje de ingresos por alteración de la conducta en el grupo de adoptados, que a su vez es superior al del grupo de no adoptados (73.5% vs 59.9%  $p:0.0006$ ). Esto se debe entre otras cosas, a que en entre los motivos de ingreso de los no adoptados, podemos encontrar otras patologías que suelen ser mucho más predecibles como, por ejemplo, los trastornos de conducta alimentaria, en los que los pacientes van perdiendo peso de manera más progresiva, y, por lo tanto, dan oportunidad a poder programar el ingreso en el momento en el que el IMC llega a valores extremos.

Asimismo, el hecho de que en el grupo de **adolescentes adoptados** encontremos **predominantemente hombres** (63.85%) respecto al grupo de no adoptados en el que predominan las mujeres (57.11%) podría estar relacionado con el tipo de trastorno que padecen. Algunas investigaciones sugieren que los trastornos externalizantes son más frecuentes entre los hombres, mientras que entre las mujeres predominan sobre todo las conductas internalizantes (64). Esto último se corresponde pues con los resultados obtenidos en nuestra investigación, ya que, en el grupo de adoptados predomina la alteración de la conducta como motivo de ingreso, que se clasificaría dentro del grupo de conductas externalizantes y que a su vez está más asociado a los hombres.

Esto se ha relacionado en diferentes estudios realizados a lo largo del mundo, con una diferente predisposición temperamental hacia un espectro psicopatológico en concreto dependiendo del sexo, de manera que el ambiente únicamente aumentaría la probabilidad de sufrir un determinado patrón disfuncional de la conducta (64).

Desde una perspectiva psicosocial en cambio, algunas de las diferencias que se encuentran en los adolescentes con respecto al sexo, está relacionada con la construcción del rol sexual y del estrés que lo acompaña (64). Una de las hipótesis que plantea esta diferencia es la *intensificación de género* de Hill y Lynch (1983). En este proceso las chicas sufrirían cierta presión para que adopten el rol femenino típico, lo que trae consigo una conducta más restringida que la de los chicos, que gozarían de mayor libertad e independencia (65). Posteriormente, en 2004, se evidenció que la ideología de género, así como la tipificación del mismo se relaciona con problemas de la conducta y trastornos psicológicos (66).

El hecho de que el género masculino se le presuponga un espíritu de exploración y aventura, de fortaleza y de autoconfianza puede contribuir a su vez a que los chicos sean más propensos a desordenes relativos al abuso de drogas, a la violencia y la accidentalidad, así como a conductas delincuentes (64).

Por lo tanto, basándonos en nuestra investigación podemos decir que, se cumple esta teoría del papel que juega el género en el desarrollo de diferentes patologías de manera que los hombres adolescentes van a tener cierta predisposición a sufrir conductas externalizantes, como la alteración de la conducta.

Otra de las asociaciones que se ha observado en nuestra investigación, al igual que en otras realizadas anteriormente, es que el **trastorno generalizado del desarrollo (TGD)** se encuentra en mayor proporción entre los adolescentes adoptados. Esto puede observarse en nuestra muestra ya que, dentro del grupo de los adoptados casi el 22% de los pacientes ha sido diagnosticado de TGD al alta, en comparación con el grupo de no adoptados en el que este diagnóstico no llega ni al 5% (p:0.0009).

Se clasifican dentro de los TGD o trastorno del espectro de autismo, según el DSMV, aquellos trastornos que se caracterizan por la afectación y alteración de diversas áreas del desarrollo, incluyendo déficits en la comunicación e interacciones sociales,

vinculaciones afectivas, presencia de conductas e intereses repetitivos y restrictivos. Cabe destacar, que dentro de este grupo se encuentran cuadros que tienen diferentes grados de gravedad (56).

Al hilo de esto comentar también, que la proporción de adolescentes adoptados que padecen **retraso mental o CI límite** en nuestra investigación es superior respecto al grupo de no adoptados, con un 11 % frente al 3% de no adoptados (p:0.040).

El diagnóstico de retraso mental o CI límite se encuentra desactualizado, ya que en el DSMV ya no se contempla como un diagnóstico, de manera que se van a clasificar dentro de la **discapacidad intelectual** que se va a graduar a su vez de leve a profunda dependiendo de la gravedad. Esta, se encuentra clasificada dentro de los trastornos de desarrollo intelectual junto con el retraso global del desarrollo. Este último no lo vamos a tener en cuenta en nuestra investigación ya que, debido a la antigüedad de nuestra base de datos se ha realizado basándose en los diagnósticos del DSMIV-TR y por lo tanto no se consideraba.

El retraso o fallo en el desarrollo fisiológico de los adoptados se puede observar, sobre todo en el caso de las adopciones internacionales en el momento de llegada a la nueva familia adoptiva, ya que hasta en un 75% de los casos, estos niños presentan retraso en una o más áreas del neurodesarrollo. Normalmente, esto se debe en la mayoría de las ocasiones, a una falta de estímulo o afecto, pero sin embargo no hay posibilidad de poder concretar hasta qué punto esto se va a poder resolver tras una adecuada estimulación (58).

Dependiendo de la serie, a la llegada a la familia adoptiva, podemos encontrar, por ejemplo, un **retraso de crecimiento psicosocial**, con una prevalencia que varía entre 40-75% (58). De hecho, de acuerdo con un informe publicado en JAMA en 1997 el niño sufre un retraso de un mes en su desarrollo normal por cada 5 que pasa institucionalizado (67). La falta de afecto y estímulo es la principal causa de los problemas de desarrollo que presentan estos niños, de manera que aquellos que han pasado menos tiempo institucionalizadas mejoran más precozmente. En general, los problemas motores son los primeros en resolverse (58).

Posteriormente, en 2001 Rutter et al. (68) realizaron otra investigación en la que se observó que, la privación producida en las instituciones durante los años de vida preadoptiva incrementaba la tasa de conductas pseudoautistas, sobre todo entre aquellos niños que eran adoptados con más de 2 años.

A primera vista esto puede parecer sorprendente, ya que, en nuestro entorno el diagnóstico de TGD suele envolver una fuerte influencia genética. De hecho, en una comunicación realizada en 2010 (69) se sugirió que la heredabilidad podría ser del 19-35% en hombres y del 50-63% en mujeres. A parte de eso, se han descrito también, diversos pacientes con mutaciones de novo o relativamente raras que podrían verse también relacionadas con ello (70).

Sin embargo, hoy en día, se conoce que existen otros **factores no genéticos**, muchos de ellos prenatales, que pueden incrementar el riesgo de padecer este trastorno. Entre ellos se encuentran, el uso materno de diversos fármacos como: el ácido valproico, la talidomida y el misoprostol; diversas infecciones como la rubeola congénita, la infección intrauterina por citomegalovirus, la encefalitis por el virus herpes simple... A parte de eso, la prematuridad, el bajo peso al nacer y el retraso de crecimiento intrauterino también se han encontrado asociados. Por último, el consumo de alcohol durante embarazo se ha visto también asociado al TGD (70). A este último de hecho se asocia al **síndrome alcohólico fetal** que supone la manifestación más grave que puede asociarse al consumo de alcohol durante el embarazo, en el que se pueden observar discapacidad intelectual, problemas de conducta o aprendizaje e incluso alteraciones nerviosas periféricas o del sistema nervioso central (71).

En el caso de nuestra investigación, es complicado establecer con claridad cuál es la causa exacta de que los adolescentes adoptados padezcan en comparación con los no adoptados, una mayor proporción de trastorno generalizado del desarrollo, ya que, la escasa información que se tiene acerca de la etapa preadoptiva, que se desconozcan aspectos importantes del embarazo. Por ejemplo, si sufrió alguna infección pre o perinatal, si fue prematuro, si ocurrió algún tipo de incidente durante el parto que lo pudiese hacer susceptible a la hipoxia; si la madre fue consumidora de alcohol o de algún otro fármaco teratogénico o incluso de tóxicos. Debido, además, a los entornos precarios a los que pertenecen, en general, estos niños, se presupone que lo más

probable es que confluyan más de uno de los factores de riesgo nombrados anteriormente, lo cual haría más probable que presenten en mayor proporción el TGD.

En cuanto al **tratamiento que reciben al alta** los pacientes que han sido ingresados en nuestra Unidad, cabe destacar que tanto los pacientes adoptados como los no adoptados abandonan el ingreso recibiendo tratamiento con psicofármacos. Esto puede deberse, a que según la escala de CGI que se les realiza al ingreso, los pacientes de ambos grupos ingresan marcadamente enfermos, lo que hace, que en muchas ocasiones sea necesaria la administración de fármacos para poder controlar la situación. Además, pese a que a la hora de recibir el alta, en ambos grupos se encuentre cierta mejoría, que es mayor en el grupo de adoptados, al alta ambos grupos continúan levemente enfermos, y, por lo tanto, van a necesitar continuar con su terapia durante un periodo de tiempo más largo.

Esta diferencia en la mejoría de los adoptados respecto a la de los no adoptados se debe a que cuando los pacientes ingresan por problemas de conducta como es el caso, en general, de los adoptados, mejoran con mayor facilidad que cuando ingresan, por ejemplo, por trastornos depresivos. Esto se debe a que, es más fácil que se mejore su conducta debido a que es un síntoma más superficial, que, además, muchas veces se encuentra asociado a la relación que tiene con su entorno. De manera que, la hospitalización y el control que esta supone respecto a ellos, además de, alejarle de la situación que provocó esa alteración, supone una contención para su conducta y es más sencillo que mejore. Sin embargo, en el caso del trastorno depresivo gracias al ingreso habrá mejorado su estado anímico, pero no tanto como para poder decir que se encuentran eutímicos.

Como hemos comentado anteriormente, la gravedad de los pacientes en el momento de ingreso y alta, así como su mejoría, se va a valorar según la escala del CGI. Observando los resultados que hemos obtenido en nuestra investigación, en la que se encuentran diferencias significativas en los tres momentos entre ambos grupos, podemos decir que, el grupo de pacientes adoptados presenta una **patología más grave**, que el grupo de no adoptados.



Esto, además, puede observarse también, gracias a otras variables de nuestra investigación, ya que, entre los antecedentes psiquiátricos de nuestros pacientes encontramos que los pacientes adoptados han sufrido, con una diferencia estadísticamente significativa, un **ingreso previo al actual en mayor proporción** que los no adoptados.

Por otro lado, un 68% de los pacientes adoptados había recibido **tratamiento psiquiátrico o psicológico** durante la **infancia**, es decir, antes de los 10 años, y alrededor del 90% habían recibido **tratamiento psiquiátrico o psicológico entre los 10 años y el momento del ingreso.**

De todo esto podemos deducir, que los pacientes adoptados presentan patología psiquiátrica de manera más temprana que los pacientes no adoptados, y que, además, va a ser de una **gravedad tal** que va a necesitar tratamiento durante un periodo de tiempo mayor.

Esto puede estar asociado en cierta forma, a todo lo comentado anteriormente a cerca de los cambios que se producen en su SNC y en su personalidad de base, de manera que, pese a que reciben el tratamiento adecuado para las patologías que sufren, las alteraciones que el daño previo provocó en ellos, van a ser más difíciles de tratar y resolver que en el caso de los no adoptados, ya que se trata de alteraciones más “profundas”.

Por lo tanto, pese a que, la adopción supone un método efectivo para que estos menores que sufren algún tipo de desprotección en su familia de origen puedan desarrollarse de la manera más sana posible, consideramos adecuado que se les puedan ofrecer diferentes métodos para ser capaces de establecer un vínculo de apego seguro con su nueva familia adoptiva, es decir, para intentar minimizar en la medida de lo posible el posterior desarrollo de patología psiquiátrica. Por ejemplo, ofreciéndoles terapia psiquiátrica o psicológica individual desde el momento en el que se realiza la adopción, para poder tratar los posibles traumas que puedan tener debido a su pasado preadoptivo; realizar terapia de familia con los padres adoptivos para que ellos puedan ser capaces de entender lo que le pasa al menor y puedan así establecer entre ellos un apego más seguro...

Finalmente, consideramos que, en vista a futuras investigaciones, estaría bien conocer si realizar una intervención precoz con esta terapia desde el momento en el que se realiza la adopción puede disminuir el posterior desarrollo de patología psiquiátrica durante la adolescencia. Todo ello con el fin de ayudar a estos menores a que sean capaces de establecer un vínculo terapéutico con sus padres adoptivos, y que puedan de esta manera, desarrollar un apego seguro. Dándoles, la posibilidad de dejar a un lado todo el sufrimiento preadoptivo y ser capaces de desarrollar una vida posterior lo más adecuada posible.

## 5. CONCLUSIONES

- Pese a que la mayoría de los adoptados tienen un grado de resiliencia suficiente como para poder desarrollarse a lo largo de su vida de una manera sana y adecuada, es decir, exentos de patología psiquiátrica, existe un **riesgo aumentado** de padecer patología psiquiátrica grave en este grupo poblacional.
- El riesgo aumentado puede deberse en parte a la **desprotección** sufrida a lo largo de su vida preadoptiva, así como, a la incapacidad que han tenido estos menores de establecer **relaciones de apego seguras** durante los tres primeros años de vida.
- Todo ello se va a ver agravado, además, durante el **periodo de la adolescencia** ya que, esta supone un momento de ruptura con la familia y el entorno en el que el adolescente busca un nivel mayor de autonomía e independencia, de manera que va a vivir un momento de crisis. En el caso de un adolescente sano con una base de apego seguro, va a ser capaz de superarlo con mayor o menor dificultad, sin embargo, algunos de los adolescentes adoptados, sobre todo, aquellos con pasados preadoptivos más complicados, no van a tener las competencias necesarias para poder superarla sin incidencias, y van a desarrollar en mayor proporción patología psiquiátrica.

- Los trastornos más comunes van a ser sobre todo aquellos que están más relacionados con una **base de apego inseguro y una mayor desprotección** previa como son la alteración de conducta, el trastorno generalizado del desarrollo y el trastorno reactivo de la vinculación.

## 6. SESGOS Y LIMITACIONES

La principal limitación que hemos tenido a la hora de realizar este estudio es que en la base de datos que poseemos no se tienen en cuenta los pacientes si no los ingresos, por lo tanto, no debemos asimilarlos como pacientes diferentes. Por este motivo, debido a que los pacientes adoptados en general ingresan en mayor número de ocasiones que los no adoptados, cabe la posibilidad de que se hayan sobrevalorado los diagnósticos de los pacientes que han ingresado en más ocasiones.

Por otro lado, el grupo de pacientes adoptados es mucho menor que el de no adoptados lo cual puede hacer que la muestra no sea completamente representativa de la población general, es decir, los resultados de los adoptados podrían magnificarse. Por lo tanto, tendremos que tener cuidado a la hora de interpretar los datos y trasladarlos a la población general.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. RAE-ASALE, RAE. Diccionario de la lengua española [Internet]. Rae.es. [acceso el 5 de enero de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es>
2. Castón Boyer, P., Ocón Domingo, J. Historia y sociología de la adopción en España. Revista Internacional de Sociología. 2002; 60(33): 173-209.
3. Bowlby, J. Maternal care and mental health. Bulletin of the World Health Organization. 1951; 3: 355–533.
4. MultiMedia Team. Adopción y acogimiento (Familiar y Residencial).- Fuentes Documentales .- Bienestar y protección Infantil. 2011 [acceso el 5 de enero de 2021]; Disponible en: <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes.asp?sec=3>
5. Datos BN 22. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia [Internet]. Gob.es. [acceso el 5 de enero de 2021]. Disponible en: [https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/productos/pdf/BOLETIN\\_22\\_final.pdf](https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/productos/pdf/BOLETIN_22_final.pdf)
6. Fernández Rivas A, Erkoreka L, Vivanco González E, Landa Aqueche M, Sesma Pardo E, Pérez Cabeza L, et al. Adopción y alteraciones de conducta

- en la adolescencia. Estudio en población hospitalaria. *An Pediatr (Barc)*. 2014; 80(1): 21–7.
7. Ochando Perales G, Peris Cancio S, Millan Olmo M, Loño Capote J. Trastornos de conducta en niños adoptados. 2007; 224–231.
  8. Oliván Gonzalvo G. Medicina y adopción internacional. *Jano* 15-21. 2005; 68 (1.561)
  9. Oliván Gonzalvo G. Adopción en la Federación Rusa y Europa del Este: problemas de salud y recomendaciones médicas. *Pediatría de atención primaria*. 2006; 8 (30): 73-89.
  10. de Aranzabal Agudo M, Labayru Echevarria M, Ocio Ocio I, Rodríguez Pérez B, Vera de Pedro E, Villate Szigriszt C, et al. La salud de los niños adoptados en el extranjero por familias del País Vasco y Navarra (1997-2004). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2007; 9:4 27-47.
  11. Lindblad F, Vinnerljung B, von Borczyskowski A, Hjern A. Adopción internacional en Suecia: salud mental y adaptación social en adolescentes y jóvenes. *Infanc aprendiz*. 2008; 31(2): 211–31.
  12. Román Rodríguez M, Palacios González J. Separación, pérdida y nuevas vinculaciones: el apego en la adopción [Separation, loss and new bonds: Attachment in adoption]. *Acción psicol*. 2011; 8(2): 99–111.
  13. Pace CS, Di Folco S, Guerriero V. Late-adoptions in adolescence: Can attachment and emotion regulation influence behaviour problems? A controlled study using a moderation approach. *Clin Psychol Psychother*. 2017;1–13.
  14. National Scientific Council on the Developing Child. Young children develop in an environment of relationships. Working Paper No. 1. 2004. Disponible en: <http://www.developingchild.net>
  15. Arnaez Urbieto, B. "No me acuerdo" o la narrativa de una adopción. *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. 2013; 3(1): 1-19.
  16. Schore, A. N. *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. Norton, New York. 2003
  17. JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Rey JM & Martin A (eds). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2019
  18. Fernández Rivas, A., Ortiz Villalobos, A., Palanca Maresca, I. and Rodríguez Ramos, P. Capítulo 8. Secuelas de abuso. Trastorno reactivo del vínculo, exposición a catástrofes, trastorno de estrés postraumático, secuelas de abuso crónico, *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*, 1ed. Panamericana. 2010.
  19. Román Rodríguez M, Palacios González J. Apego, adopción y escolaridad. *Revista padres y maestros*. 2011; 339: 5–8
  20. Mugica Flores J, Rodríguez Gonzalez A. Del abandono a la adopción: itinerario de vivencias, secuelas y retos en los adolescentes adoptados, víctimas de experiencias tempranas de abandono y de sus familias. Bilbao: Adoptia. S. Coop. de Iniciativa Social de Bilbao; 2011.

21. Brodzinsky, D., Schechter, M., Marantz henig, R. Soy adoptado. Barcelona: Grupo Editorial Random House Mondadori. 2010.
22. AGINTZARI. La Postadopción en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Claves para un abordaje estratégico del fenómeno de la postadopción. Bilbao. Agintzari, S. Coop. de I.S. 2005.
23. Mugica, J. Los retos de la emancipación y las secuelas del abandono y sus condiciones en los adolescentes adoptados. Letras de Deusto, 2008; 38: 119, 69-92.
24. Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y., León, E. Adopción Internacional en España: un Nuevo País, una Nueva Vida. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2005.
25. Haro JM, Kamath SA, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A, Rodriguez MJ, Rele R, Orta J, Kharbeng A, Araya S, Gervin M, Alonso J, Mavreas V, Lavrentzou E, Lontos N, Gregor K, Jones PB. The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2003, (416):16-23.
26. Palacios, J., & Brodzinsky, D. Review: Adoption research: Trends, topics, outcomes. International Journal of Behavioural Development. 2010; 34(3): 270–284.
27. van der Voort, A., Linting, M., Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., Schoenmaker, C., & van IJzendoorn, M. H. The development of adolescents' internalizing behaviour: Longitudinal effects of maternal sensitivity and child inhibition. Journal of Youth and Adolescence. 2014; 43(4): 528–540.
28. Colvert, E., Rutter, M., Kreppner, J., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., Sonuga-Barke, E. J. et al. Do theory of mind and executive function deficits underlie the adverse outcomes associated with profound early deprivation? Findings from the English and Romanian adoptees study. Journal of Abnormal Child Psychology, 2008; 36(7): 1057–1068
29. van der Vegt, E. J., van der Ende, J., Ferdinand, R. F., Verhulst, F. C., & Tiemeier, H. Early childhood adversities and trajectories of psychiatric problems in adoptees: Evidence for long lasting effects. Journal of Abnormal Child Psychology, 2009; 37(2): 239–249.
30. Vandepoel, D., Roskam, I., Passone, S. M., & Stievenart, M. Early deprivation as a risk factor for narcissistic identity pathologies in adolescence with regard to international adoption. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2014; 62(8): 477–488.
31. Escobar, M. J., & Santelices, M. P. Attachment in adopted adolescents. National adoption in Chile. Children and Youth Services Review. 2013; 35(3): 488–492.
32. Lionetti, F., Pastore, M., & Barone, L. Attachment in institutionalized children: A review and meta-analysis. Child Abuse & Neglect. 2015; 42, 135–145

33. Pace, C. S., Cavanna, D., Velotti, P., & Zavattini, G. C. Attachment representations of late-adopted children through attachment narratives: An assessment of disorganisation mentalising and coherence of mind for adoption practice. *Adoption and Fostering*, 2014; 38(3): 255–270.
34. Pace, C. S., Zavattini, G. C., & Tambelli, R. Does family drawing capture attachment representations of late-adopted children? A preliminary report. *Child and Adolescent Mental Health*. 2015; 20(1): 26–33.
35. van den Dries, L., Juffer, F., van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*. 2009; 31(3): 410–421.
36. Greenberg, M. T. Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press 1999; 469-496.
37. Girón García S, Rodríguez Ballesteros. Trastornos de comportamiento de adolescentes. Observaciones desde una perspectiva, sistémica – relacional. *Revista Psiquis*. 2003; 24 (1): 5-14.
38. Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K., & Egeland, B. Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*. 1999; 11(1): 1–13.
39. Weinfield, N., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. A. The nature of individual differences in infant–caregiver attachment. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment theory and research*. New York: Guilford. 1999; 68–88.
40. Hubbs-Tait, L., Osofsky, J. D., Hann, D. M., & Culp, A. M. Predicting Behavior Problems and Social Competence in Children of Adolescent Mothers. *Family Relations*. 1994; 43(4): 439
41. Lyons-Ruth K; Alpern L; Repacholi B. Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behaviour in the pre-school classroom. *Child Dev*. 1993, 64: 572-585
42. Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St-Laurent, D., & Saintonge, J. Correlates of attachment at school age: Maternal reported stress, mother–child interaction, and behavior problems. *Child Development*. 1998; 69: 1390–1405.
43. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría. 2013
44. Vega, H., Cole, K., & Hill, K. Interventions for children with reactive attachment disorder. *Nursing*. 2019; 49(6): 50–55
45. Schmid M, Petermann F, Fegert JM. Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC Psychiatry*. 2013; 13: 3.

46. Vasquez M, Miller N. Aggression in children with reactive attachment disorder: a sign of deficits in emotional regulatory processes? *J Aggress Maltreat Trauma*. 2017;27(4):347-366.
47. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. Jun;2005 62(6): 593–602.
48. Paus, T., Keshavan, M., & Giedd, J. N. Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature Reviews Neuroscience*. 2008; 9 (12): 947–957.
49. Hafner H, Riecher A, Maurer K, Loffler W, Munk-Jorgensen P, Stromgren E. How does gender influence age at first hospitalization for schizophrenia? A transnational case register study. *Psychological medicine*. 1989; 19(4): 903–918.
50. Kessler RC, Wang PS. The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annual review of public health*. 2008; 29: 115–129.
51. Mirabent Junybent V. El adolescente adoptado: dificultades añadidas en el proceso de construcción de su identidad. *Temas de psicoanálisis. Dossier: La adopción nº8*, Barcelona. 2013.
52. Newton, N. *El niño adoptado. Comprender la herida primaria*, Barcelona, Albesa. 2010.
53. Hjern, A., Lindblad, F., & Vinnerljung, B. Suicide, psychiatric illness, and social maladjustment in intercountry adoptees in Sweden: A cohort study. *The Lancet*. 2002; 360(9331): 443–448.
54. Rueter, M. A., Keyes, M. A., Iacono, W. G., & McGue, M. Family interactions in adoptive compared to nonadoptive families. *Journal of Family Psychology*. 2009; 23(1): 58–66.
55. Tieman, W., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. Psychiatric disorders in young adult intercountry adoptees: An epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 2005; 162(3): 592–598.
56. Ruiloba, V. J. *Psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. En *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 8.a ed. Elsevier; 2015. 599-619.
57. Verhulst FC, Althaus M, Versluisden Bieman HJ. Problem behavior in international adoptees: I. An epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 94-103.
58. Hernández-Muela S, Mulas F, Tellez de Meneses M, Roselló B. Niños adoptados: factores de riesgo y problemática neuropsicológica. *Revista de neurología*. 2003; 36 (Suplemento 1): S108-S117.
59. Kullik, A., & Petermann, F. Attachment to parents and peers as a risk factor for adolescent depressive disorders: The mediating role of emotion regulation. *Child Psychiatry and Human Development*. 2013; 44(4): 537–548.

60. Phillips, K. F. V., & Power, M. J. A new self-report measure of emotion regulation in adolescents: The Regulation of Emotions Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2007; 14(2): 145–156.
61. Kim, J., & Cicchetti, D. Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2010; 51(6): 706–716.
62. Alink, L. R., Cicchetti, D., Kim, J., & Rogosch, F. A. Mediating and moderating processes in the relation between maltreatment and psychopathology: Mother–child relationship quality and emotion regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2009; 37(6): 831–843.
63. Aspan, N., Vida, P., Gadoros, J., & Halasz, J. Conduct Symptoms and Emotion Recognition in Adolescent Boys with Externalization Problems. *The Scientific World Journal*. 2013; 1–6.
64. Rojo, N. Diferencias de género en la psicopatología de los adolescentes. En S. Pérez Camarero, N. Rojo y A. Hidalgo (Coord.). *La Salud Mental de las Personas Jóvenes en España*. *Revista de Estudios de Juventud*. 2009; 84: 11-25.
65. Hill, J.P. y Lynch, M. The intensification of gender-related role expectations during early adolescence. En J. Brooks-Gunn y A.C. Petersen (eds.) *Girls at puberty: Biological and psychosocial perspectives*. Nueva York: Plenum. 1993; 201-228.
66. Gibbons, J.L. y Fisher, S.L. El rol sexual como factor de estrés en la adolescencia. En J. Buendía, *Psicopatología en niños y adolescentes*. *Desarrollos actuales*. 2ªed. Madrid: Pirámide. 2004; 217-245
67. Albers LH, Johnson DE. Health of children adopted from the former Soviet Union and Eastern Europe. Comparison with preadoptive medical records. *JAMA*.1997; 278-9224.
68. Rutter, M. L., Kreppner, J. M., & O'Connor, T. G. Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *British Journal of Psychiatry*. 2001; 179(02): 97–103
69. Liu K, Zerubavel N, Bearman P. Social demographic change and autism. *Demography* 2010; 47: 327-43
70. Díaz-Anzaldúa A, Díaz-Martínez A. Contribución genética, ambiental y epigenética en la susceptibilidad a los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*. 2013; 57: 556-68.
71. Los trastornos del espectro alcohólico fetal. [HealthyChildren.org](https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/chronic/Paginas/Fetal-Alcohol-Spectrum-Disorders.aspx). [Internet]; 2018-09-18 [consulta 22/03/2021]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/chronic/Paginas/Fetal-Alcohol-Spectrum-Disorders.aspx>
72. Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. S. Adolescents' Emotion Regulation in Daily Life: Links to Depressive Symptoms and Problem Behavior. *Child Development*. 2003; 74(6): 1869–1880.
73. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP Official Action). *Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children*



and Adolescent with Reactive Attachment Disorder of Infancy and Early Childhood. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2005; 44(11): 1206-1219.

## 8. ANEXOS

Anexo 1. Tablas comparación de variables de la base de datos y nuestra investigación.

### ANEXO 1.1 VARIABLE PROCEDENCIA

P. Agrupado	Programado	Urgente
Procedencia Base de datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programado CSM</li> <li>• Programado psiquiatra privado</li> <li>• Programado CCEE hospital de Basurto</li> <li>• Programado CD.Ortuella</li> <li>• Programado otro servicio del hospital</li> <li>• Programado domicilio</li> <li>• Programado APNABI,</li> <li>• Programado Haurrentzat</li> <li>• Programado otro hospital psq.</li> <li>• Programado HD unidad adolescentes,</li> <li>• Programado HD adultos</li> <li>• Programado UTA</li> <li>• Programado SSSS</li> <li>• Programado desde Juzgado de menores o Centro de justicia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urgencias Basurto</li> <li>• Urgencias otro hospital</li> <li>• Urgencias CCEE</li> <li>• Urgencias UCI</li> <li>• Traslado desde otro pabellón</li> </ul>

**ANEXO 1.2 VARIABLE MOTIVO DE INGRESO**

Motivo de ingreso agrupado	Motivo de ingreso original
Alteración de la conducta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alt. Conducta</li> <li>• Agitación y agresividad,</li> <li>• Heteroagresividad,</li> <li>• Cond. Desinhibida</li> <li>• estado confusional,</li> <li>• aislamiento</li> <li>• Conducta amenazante</li> <li>• val. Aislamiento social</li> <li>• alt.conducta y intento autolítico</li> <li>• T.adaptativo</li> <li>• Fobia</li> <li>• fobia escolar</li> <li>• Disregulación emocional</li> <li>• Alt. Conducta y consumo de tóxicos</li> <li>• consumo de tóxicos</li> <li>• consumo de oh</li> </ul>
Clínica ansiosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínica ansiosa</li> <li>• Evaluac. Cuadro ansioso y depresivo</li> <li>• TOC</li> </ul>
Trastorno de la conducta alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TCA</li> </ul>
Descompensación psicótica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descompensación psicótica</li> <li>• conducta suicida y d. psicótica</li> <li>• reactiv. Alucinaciones auditivas</li> <li>• Alucinaciones</li> </ul>
Episodio maniaco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episodio maniaco</li> </ul>
Clínica depresiva o intento autolítico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínica depresiva</li> <li>• Conducta suicida</li> <li>• Ideas de muerte</li> <li>• ideas autolesivas</li> <li>• intoxicación medicamentosa</li> <li>• autolesiones y clínica depresiva</li> <li>• animo depresivo y ideación suicida,</li> <li>• Disforia angustia</li> <li>• Autoagresión</li> </ul>
Otros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínica post-traumática</li> <li>• episodio disociativo</li> <li>• Conflicto familiar</li> <li>• A estudio</li> <li>• 2º opinión</li> <li>• cambio de tto</li> <li>• efecto. 2º medicación,</li> <li>• T.sensoperceptivo de inicio agudo</li> <li>• Mentalización cumplimiento de pauta insulina</li> <li>• Intervención qx.</li> </ul>

### ANEXO 1.3 VARIABLE DIAGNÓSTICOS AL ALTA

DIAGNOSTICOS AL ALTA	DX. PRINCIPAL + DX. DE BASE
Trastorno conducta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T. disocial</li> <li>• T. conducta y T. disocial</li> <li>• T. disocial de inicio en la infancia</li> <li>• T. conducta</li> <li>• T. disocial depresivo</li> <li>• T. conducta de inicio en la infancia</li> <li>• T. comportamiento</li> <li>• T. negativista desafiante</li> <li>• T. disocial y sd cerebral orgánico</li> <li>• T. conducta y t. dah</li> <li>• TND y problemas Paternofiliales</li> <li>• TDAH</li> <li>• T. Disocial y TCA</li> <li>• TEI</li> <li>• T. opositorista desafiante</li> </ul>
Trastorno adaptativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T. adaptativo</li> <li>• T. adaptativo con alteración mixta de las emociones con o sin intento autolítico</li> <li>• T. adaptativo y intoxicación OH</li> <li>• t. adaptativo y TOC</li> <li>• T. adaptativo y TCA</li> <li>• T. adaptativo mixto con ansiedad y animo depresivo</li> </ul>
Trastornos psicóticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T. psicótico</li> <li>• Esquizofrenia</li> <li>• Psicosis Funcional</li> <li>• 1º episodio psicótico</li> <li>• Psicosis infantil con T. adaptativo</li> <li>• psicosis tóxicas</li> <li>• P. funcional y tóxica</li> <li>• Psicosis funcional y T. disocial</li> <li>• psicosis infantil y mutismo selectivo</li> <li>• P. infantil y t. adaptativo</li> <li>• presicosis</li> <li>• 1ª episodio Psicotico con abuso de Cannabis</li> <li>• T. psicotico polimorfo con sint. Esz</li> <li>• psicosis infantil</li> <li>• psicosis simbiótica y mutismo selectivo</li> <li>• T. bipolar</li> <li>• Episodio maniaco con síntomas psicóticos</li> <li>• T. bipolar y t. disocial</li> <li>• E. maniaco y consumo de cannabis</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T. depresivo</li> <li>• Episodio afectivo mixto</li> <li>• Episodio depresivo</li> <li>• T. depresivo y TOC</li> <li>• T. depresivo y TDAH</li> <li>• TDM y t. ansiedad</li> </ul>

Trastorno depresivo o intento autolítico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T. depresivo y TND</li> <li>• T. depresivo mayor con ideación suicida</li> <li>• Trastorno depresivo mayor con s. psicóticos</li> <li>• EDM y fobia escolar</li> <li>• Trastorno depresivo mayor</li> <li>• Intento auto lítico</li> <li>• intoxicación medicamentosa</li> <li>• ideación suicida vs simulación</li> <li>• ideación autolítica</li> </ul>
Trastorno de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TEPT</li> <li>• T. ansiedad</li> <li>• TOC</li> <li>• T. disociativo</li> <li>• Fobia escolar</li> <li>• Fobia social</li> <li>• Reacción aguda al estrés</li> <li>• T. pánico</li> <li>• Trastorno tics</li> <li>• TICS + TOC</li> </ul>
Trastorno reactivo de la vinculación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T. reactivo de la vinculación</li> <li>• T. reactivo de la vinculación de inicio en la infancia- niñez</li> <li>• Apego evitativo</li> </ul>
TGD- Asperger	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TGD</li> <li>• TGD y psicosis infantil</li> <li>• TGD y T. Bipolar</li> <li>• sd. Alcohol fetal (1)</li> <li>• TGD y TOC</li> <li>• Autismo</li> <li>• Perfil cognitivo disarmónico</li> <li>• Asperger</li> </ul>
Trastorno de personalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno personalidad</li> <li>• estructura límite de personalidad</li> <li>• T. inestabilidad emocional de la personalidad</li> <li>• T. paranoide de la personalidad</li> <li>• T. esquizotípico</li> <li>• EQP</li> <li>• T. esquizoafectivo</li> <li>• Organización borderline</li> <li>• Trastorno del carácter</li> <li>• Trastorno aplazado del eje 2</li> </ul>
Consumo de OH-drogas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependencia THC y anfetaminas</li> <li>• abuso THC</li> <li>• Intoxicación etílica</li> <li>• consumo de sustancias</li> </ul>
RETRASO MENTAL / CI LÍMITE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retraso mental</li> <li>• CI límite</li> </ul>

TCA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TCA</li> <li>• anorexia nerviosa</li> <li>• TCA y t. depresivo</li> <li>• TCA y ansiedad</li> <li>• Bulimia y TEPT</li> <li>• Bulimia</li> </ul>
OTROS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SD. Cerebral orgánico</li> <li>• sd. Cerebral orgánico y t. depresivo</li> <li>• T. facticio</li> <li>• t. somatización</li> <li>• T. somatización</li> <li>• t. conversión</li> <li>• T. conversión y tca</li> <li>• Crisis adolescencia</li> <li>• Problemas paternofiliales</li> <li>• Problemas relacionados con el grupo de apoyo</li> </ul>
Diagnóstico ausente o desconocido	Diagnostico ausente o desconocido