

Discapacidad en los niños de adopción internacional en Estados Unidos

Rose M. Kreider, PhD^a, y Philip N. Cohen, PhD^b

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio fue estimar las tasas de discapacidad de los niños de adopción internacional en Estados Unidos.

MÉTODOS: Realizamos un análisis de los datos de acceso restringido del impreso completo del censo de 2000 para niños de adopción internacional de 5 a 15 años de edad en 2000, estimando las tasas de discapacidad por país de origen, controlando respecto al sexo, la edad a la adopción, la edad actual y las características de los padres.

RESULTADOS: Los niños de adopción internacional tienen tasas de discapacidad similares a los adoptados en el país (11,7% frente a 12,2%, respectivamente) y de más del doble de la tasa de todos los niños de esas edades (5,8%). Las probabilidades ajustadas de discapacidad en relación con los adoptados del país oscilan entre la mitad o menos (China y Corea) al doble o más (Rumanía, Bulgaria, otros países de Europa del Este y otros países de Europa Occidental).

CONCLUSIONES: La población de los niños de adopción internacional es relativamente pequeña y diversa, lo que plantea dificultades a los investigadores que esperen alcanzar conclusiones generalizables. No obstante, los profesionales de la salud, la educación y los servicios sociales, así como los padres adoptivos y los solicitantes de adopción, deben conocer el riesgo de discapacidad de los niños de adopción internacional para dedicar los recursos necesarios para afrontarlas.

Desde 1990, más de un cuarto de millón de niños han entrado en Estados Unidos como inmigrantes huérfanos¹ (los niños de la adopción internacional). Estados Unidos

es el principal receptor de un flujo global de niños adoptados², mediante el que durante la mayor parte de esta década han llegado > 20.000 niños anuales³ (aunque el número disminuyó a menos de 17.500 en el año fiscal de 2008). Pese a la intensiva investigación, que incluyó entrevistas locales, estudios clínicos, revisiones y casos clínicos, ningún estudio publicado ha utilizado una muestra representativa nacional para analizar el estado de salud de esta población. Mediante la combinación de estado de adopción, discapacidad y preguntas sobre inmigración, disponibles por primera vez en el impreso del censo de 2000, abordamos las siguientes preguntas: 1) ¿tienen los niños de adopción internacional unas tasas de discapacidad distintas a las de los niños adoptados nacidos en Estados Unidos?; 2) ¿difieren las tasas de discapacidad en los niños adoptados de distintos países?; 3) ¿explica alguna de estas diferencias las disparidades de la edad a la adopción, el sexo y las características de la familia?

La investigación sobre el bienestar y la adopción internacional se centró principalmente en tiempos en los problemas del desarrollo de los niños de Rumanía, cuyas privaciones tempranas fueron tema de intenso análisis^{4,5}, contribuyendo a un tono de alarma respecto a los resultados de la adopción internacional⁶. Los estudios posteriores del estado de salud examinaron en la consulta a un número relativamente pequeño de niños adoptados^{7,8}, y muchos se centraron en los niños de un solo país o región, como Rusia y Europa del Este⁹ o China¹⁰, o en estudiar a los niños en los orfanatos del país de origen¹¹. Los estudios de los niños en riesgo o los realizados en la consulta pudieron conducir a una infranotificación de los resultados positivos¹². Además de los estudios clínicos, algunos investigadores han utilizado registros administrativos o de una agencia de adopción para identificar a las familias adoptivas asociadas a un programa, agencia o región de adopción concreta^{13,14}. Gran parte de la investigación ha reflejado preocupaciones por las dificultades que afrontan las familias transraciales¹⁵ o se centró en el ajuste social y psicológico y en los problemas del comportamiento en general, más que en la salud física^{16,17}.

Dos vías solapadas pueden conducir a los niños de adopción internacional a contraer discapacidades de larga duración. La primera es que las condiciones sanitarias y los comportamientos de los padres biológicos antes o durante el embarazo pueden colocar a los niños en riesgo de problemas sanitarios o discapacidades tempranas.

^aUnited States Census Bureau, Washington, DC, Estados Unidos; y ^bDepartment of Sociology and Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, Carolina del Norte, Estados Unidos.

Los puntos de vista expresados sobre los temas estadísticos y metodológicos son los de los autores y no necesariamente los del US Census Bureau.

Correspondencia: Philip N. Cohen, PhD, Department of Sociology, University of North Carolina at Chapel Hill, CB#3210, Chapel Hill, NC 27599, Estados Unidos.

Correo electrónico: pnc@unc.edu

nas. Por ejemplo, en algunos países, las mujeres pobres (las que tienen más probabilidades de renunciar a sus hijos) muestran unas grandes tasas de consumo documentado de alcohol, lo que puede conducir a discapacidades del desarrollo^{18,19}. La segunda es que las privaciones en el cuidado institucional de los orfanatos (o, en menor medida, la asignación a hogares de crianza⁸) y la más prolongada exposición a estas condiciones podrían conducir a discapacidades a largo plazo^{5,16}. Un tercer factor que podría contribuir a una asociación entre la adopción internacional y la discapacidad es la selección intencionada de niños con discapacidades para la adopción internacional, bien porque no se pueda encontrar a familias de adopción en el país o porque algunos padres estadounidenses solicitan adopciones de niños con “necesidades especiales” por razones altruistas^{20,21}. Esto puede estar relacionado con programas de adopción específicos de país, lo que conduce a la observación de mayores tasas de discapacidad en los niños de estos países. Estados Unidos no restringe la inmigración de niños de adopción internacional por la discapacidad de los niños.

Excepto a la exposición a la atención institucional (que estimamos aproximada a la edad a la inmigración), no pudimos identificar directamente estos mecanismos, pero esperábamos que modificasen las tasas de discapacidad por país de origen. Las diferencias de los resultados de salud por país de origen también pueden reflejar los factores específicos de un período, de forma que en un diseño transversal las diferencias entre los países pudieron confundirse con la edad actual y la edad a la adopción. Por ejemplo, en Rumanía la preocupación por las condiciones de los orfanatos condujo a una oleada de adopciones a finales de los años ochenta y principios de los años noventa, seguida de restricciones estatales a la adopción¹⁴. Una preocupación similar, seguida de un aumento de las adopciones, ocurrió en China, que respondió mejorando las condiciones en los orfanatos¹⁰. En resumen, los efectos de país deben interpretarse con precaución porque pueden reflejar distintas vías para diferentes países en lugar de características estables de los países o los programas de adopción. Sin embargo, y pese a estas historias idiosincrásicas, se han encontrado algunos patrones persistentes en determinados países. En los dos casos estudiados con mayor frecuencia (Rusia/Europa del Este y China) se encontraron menores tasas de problemas sanitarios graves en China, aunque los estudios no son estrictamente comparables. Esta diferencia fue atribuida a la menor edad a la adopción, a diferencias en los cuidados prenatales y al mejor cuidado institucional en China durante los años noventa¹⁰.

Las condiciones prenatales, las situaciones tempranas de vida y la provisión de cuidados modifican las probabilidades de discapacidad a largo plazo. El gran consumo de alcohol¹⁸ impone un problema persistente a los resultados natales en Rusia, por ejemplo¹¹, donde el consumo de alcohol per cápita es más del doble que en China y > 6 veces mayor que en Guatemala¹⁹. Además, la duración de los cuidados institucionales se asocia con los retrasos del desarrollo. Aunque estos efectos pueden no ser permanentes²², se han encontrado en muchos estudios⁸⁻¹⁰. Estimamos la duración de los cuidados institucionales mediante la edad a la adopción, obtenida del año de inmigración en los datos de censo (por lo que no

se dispone para los niños estadounidenses adoptados). Otros factores que pueden modificar la discapacidad son el sexo, los niños muestran mayor discapacidad mental que las niñas²³, aunque el efecto en los niños de adopción internacional ha sido mixto^{16,18}. Finalmente, los padres con mayor grado de escolarización o más posibilidades económicas pueden disponer de más recursos con los que apoyar a sus hijos adoptados. Aunque también pueden tener mayores expectativas o menor umbral para definir la discapacidad¹⁶.

MÉTODOS

Utilizamos la muestra de impreso completo de acceso restringido del censo estadounidense de 2000, que cubrió ~16% de los domicilios. El censo de 2000 incluyó por primera vez “hijo/hija adoptado/adoptada” como categoría de la relación con el jefe de familia, distinguiéndola de “hijo/hija natural” y de “hijastro/hijastra”²⁴. Consideramos a los niños como adoptados en el país cuando fueron calificados como hijo adoptado del jefe de familia y habían nacido en Estados Unidos, o en el extranjero pero era hijo de padres estadounidenses. Los niños de adopción internacional fueron los hijos adoptados del jefe de familia cuando esta persona y su cónyuge (de haberlo) habían nacido en Estados Unidos. Este método produjo unas estimaciones de los niños de adopción internacional cercanas a los registros oficiales de visados otorgados a los niños adoptados notificados por los servicios de ciudadanía y de inmigración estadounidense¹. Nuestra muestra constó de 13.054 niños de adopción internacional y de 155.634 niños estadounidenses adoptados de entre 5 y 15 años de edad. Al aplicar los pesos de la población a nuestros datos, estas cifras corresponden a ~82.220 niños de adopción internacional y a 972.200 niños estadounidenses adoptados en Estados Unidos el año 2000. Ninguno de los estudios anteriores utilizó una muestra representativa nacional para estudiar la prevalencia de discapacidad en los niños de adopción internacional.

Los resultados de salud investigados fueron las 4 variables de discapacidad del censo, medidas en los niños de 5 a 15 años de edad. Las variables identificadas fueron sensoriales, físicas, mentales y de autocuidado. Las discapacidades sensoriales y físicas se calificaron de “alteraciones de duración prolongada”, en concreto, “ceguera, sordera o alteración intensa de la visión o la audición” (sensorial) y de “una alteración que limita sustancialmente una o más de las actividades físicas básicas, como caminar, subir escaleras, alcanzar, levantar o transportar objetos” (física). Las discapacidades mentales y de autocuidado se detectaron con la siguiente pregunta: “¿tiene esta persona alguna dificultad para realizar cualquiera de las siguientes actividades, a causa de una alteración física, mental o emocional de una duración de al menos 6 meses?”, seguida de cuadros separados para las mentales (“aprendizaje, memoria o concentración”) y las de autocuidado²³ (“vestirse, bañarse o deambular por la casa”). Las tasas de discapacidad informadas en este trabajo no son estrictamente comparables con las tomadas en otras encuestas, pero la American Community Survey del Census Bureau midió unas tasas de discapacidad muy similares²⁵.

Evaluamos las discapacidades de mayor duración. Las preguntas del censo no están diseñadas para captar los retrasos del desarrollo a corto plazo. Los niños adoptados con retrasos del desarrollo a menudo “alcanzan” a sus compañeros de la misma edad, especialmente cuando la adopción se realiza a una edad temprana²². No pudimos medir los problemas de ajuste del comportamiento o psicológico¹⁶ ni la detención del desarrollo del lenguaje^{5,26}, que afectan a algunos niños de adopción internacional, pero las medidas del censo pueden captar ciertos “problemas de atención” mencionados en esta bibliografía¹⁸.

El impreso completo del censo de 2000 preguntó el lugar de nacimiento de cada persona, y quienes respondieron especificaron el país en que nacieron los niños en el extranjero. En los datos, incluimos por separado los países con al menos 50 casos de adopción internacional; los demás países o regiones fueron agrupados. Utilizamos el año de inmigración para estimar la

TABLA 1. Estado de discapacidad de los niños adoptados de 5 a 15 años de edad: censo estadounidense de 2000

Parámetro	Adopción internacional		Adopción nacional	
	n (%)	IC 95%	n (%)	IC 95%
Total	82.220 (100,0)		972.200 (100,0)	
Sin discapacidades	72.565 (88,3)	87,61-88,99	853.915 (87,8)	87,60-88,00
Al menos 1 discapacidad	9.655 (11,7)	11,01-12,39	118.280 (12,2)	12,00-12,40
> 1 discapacidad	1.845 (2,2)	1,89-2,51	21.560 (2,2)	2,11-2,29
Discapacidad sensorial	1.665 (2,0)	1,70-2,30	14.080 (1,4)	1,33-1,47
Discapacidad de autocuidado	1.115 (1,4)	1,15-1,65	15.915 (1,6)	1,51-1,68
Discapacidad mental	7.965 (9,7)	9,07-10,33	105.680 (10,9)	10,71-11,09
Discapacidad física	1.590 (1,9)	1,61-2,19	15.605 (1,6)	1,52-1,68

IC: intervalo de confianza.

Las categorías por tipo de discapacidad y tener al menos 1 o > 1 discapacidad no son mutuamente excluyentes. La discapacidad mental se refiere a dificultades en el aprendizaje, la memoria o la concentración. Los datos son ponderados.

edad a la adopción²⁷. También fueron covariantes importantes la edad actual y el sexo, así como el estado civil, la raza/etnia y el grado de escolarización de los padres. Las familias monoparentales pueden tener menos recursos que los padres casados, con negativas consecuencias para la salud de los niños²⁸. Las discapacidades de los niños también podrían aumentar las probabilidades de divorcio y de que los niños vivieran en hogares monoparentales²⁹, y los conflictos matrimoniales que conducen al divorcio pueden afectar negativamente a la salud³⁰.

Nuestro indicador de familia monoparental, que se basó en el informe del estado civil actual, captó algunas parejas no casadas que no identificamos³¹. Además, sólo analizamos a los niños que vivían con sus padres adoptivos. En casos aislados, los niños de adopción internacional ven interrumpida la adopción y se trasladan a cuidados de custodia o a otras familias^{6,32}.

Evaluamos las relaciones bivariadas entre las características ya descritas y las discapacidades notificadas. Luego estudiamos las razones de probabilidad (*odds ratio*) de padecer una discapacidad en los modelos de regresión logística multivariada, incluyendo en primer lugar a los niños estadounidenses adoptados y a los de adopción internacional y luego sólo a los de adopción internacional. Todos los análisis fueron ponderados según el niño, de forma que nuestras estimaciones son representativas de la población de la muestra, y los EE de los modelos de regresión logística se ajustaron con un efecto de diseño que tiene en cuenta el diseño de la muestra del censo de 2000³³. Los modelos de regresión logística fueron estimados mediante una ponderación normalizada.

RESULTADOS

De los 82.220 niños de adopción internacional estimados, se indica al menos una discapacidad en el 11,7% (tabla 1), cifra no significativamente inferior al 12,2% con discapacidad entre los 972.200 niños estadounidenses adoptados y mucho mayor que el 5,8% en todos los niños de este grupo de edad²³. Aunque las tasas globales de discapacidad son muy similares, los niños de adopción internacional tuvieron unas probabilidades significativamente mayores de discapacidades sensoriales y menores de discapacidades mentales¹⁶.

Como estos niños tenían de 5 a 15 años de edad en 2000, su distribución refleja en gran medida las adopciones realizadas entre finales de los años ochenta y mediados de los noventa, no los flujos contemporáneos de inmigración, razón por la que más de la tercera parte de los niños de adopción internacional de nuestra muestra provenían de Corea (tabla 2). China fue el primer país de origen entre 1996 y 2007, abarcando más de la tercera parte de las adopciones internacionales en Estados Unidos en 2005, aunque esta cifra ha declinado desde entonces³.

Las tasas de discapacidad de los niños de adopción internacional fueron mayores en los chicos y en los niños adoptados entre los 2 y 4 y los 5 y 9 años de edad (tabla 3). Existe una sustancial variación en las tasas de discapacidad por país de origen, como se observa en 10 de las más frecuentes (tabla 3). La máxima estimación de padecer al menos una discapacidad es el 21,2% de Rumanía (lo que no es estadísticamente mayor que México, India, Paraguay o Rusia); la menor estimación es del 3,7% de China (que no difiere estadísticamente de Perú). Entre los países de origen menos frecuentes (tabla 2), se encontró una tasa cercana a 1 de cada 4 en los niños de otros países de Europa del Este (como Letonia, Hungría, Albania), otros países europeos (como Gran Bretaña, España, Portugal) y Haití y ~3% en los niños nacidos en Japón.

El análisis de regresión logística múltiple de las probabilidades de padecer cualquier discapacidad (tabla 4) comprobó la diferencia global entre los niños de adopción nacional e internacional (modelo 1), la diferencia entre los niños de cada país en la adopción internacional y los de adopción nacional (modelo 2) y las diferencias por país de origen y otras asociaciones para los de adopción internacional (modelo 3). El modelo 1 confirmó que la diferencia de probabilidad de discapacidad entre los niños de adopción internacional y nacional no fue significativa con estos ajustes. Los chicos, los niños de 8 a 13 años de edad, los que vivían en familias monoparentales y los que tenían padres no latinoamericanos de etnia blanca tuvieron las máximas probabilidades de padecer una discapacidad. Como la muestra de este modelo constó mayoritariamente de niños de adopción nacional, estas asociaciones reflejan principalmente a esta población.

El modelo 2 estudió las diferencias entre los niños de adopción nacional y los de los países y las regiones que pudimos detallar. Los niños adoptados de 2 países (China y Corea) tuvieron menores tasas ajustadas de discapacidad que los niños de adopción nacional. Los niños adoptados de Rusia, Rumanía, Bulgaria y otros países de Europa del Este y de Europa Occidental tuvieron mayores probabilidades de presentar una discapacidad que los de adopción nacional.

El modelo 3 sólo incluyó a los niños de adopción internacional. El efecto de la edad a la inmigración/adopción es especialmente importante por la intensa atención de la investigación médica y del desarrollo a la duración de la exposición a condiciones de institucionalización. El

TABLA 2. Lugar de nacimiento y tasas de discapacidad de los niños de adopción internacional de 5 a 15 años de edad: censo estadounidense de 2000

Lugar de nacimiento	n	%	IC 95%	% con al menos una discapacidad	IC 95%
Total	82.220	100,0		11,7	11,01-12,39
Corea	29.735	36,2	35,17-37,23	7,1	6,19-8,01
Rusia	8.070	9,8	9,16-10,44	17,4	14,81-19,99
China	4.285	5,2	4,72-5,68	3,7	1,93-5,47
Colombia	4.205	5,1	4,63-5,57	12,7	9,55-15,85
Rumanía	4.010	4,9	4,44-5,36	21,2	17,24-25,16
India	3.730	4,5	4,06-4,94	16,2	12,50-19,90
Guatemala	3.055	3,7	3,30-4,10	11,3	7,79-14,81
Paraguay	2.310	2,8	2,45-3,15	12,5	8,28-16,72
México	1.995	2,4	2,07-2,73	15,6	10,61-20,59
Perú	1.980	2,4	2,07-2,73	8,8	4,89-12,71
Filipinas	1.945	2,4	2,07-2,73	16,6	11,42-21,78
Chile	1.575	1,9	1,61-2,19	14,2	8,80-19,60
Brasil	1.510	1,8	1,52-2,08	18,1	12,02-24,18
Honduras	1.360	1,7	1,42-1,98	16,9	10,66-23,14
Vietnam	820	1,0	0,79-1,21	8,9	2,80-15,00
El Salvador	785	1,0	0,79-1,21	19,1	10,50-27,70
Tailandia	705	0,9	0,70-1,10	14,8	6,59-23,01
Bulgaria	700	0,9	0,70-1,10	21,9	12,31-31,49
Japón	680	0,8	0,61-0,99	3,2	0,00-7,34
Polonia	610	0,7	0,52-0,88	20,3	10,32-30,28
Ucrania	610	0,7	0,52-0,88	10,7	3,01-18,39
Alemania	430	0,5	0,35-0,65	6,5	0,00-13,78
Ecuador	395	0,5	0,35-0,65	21,2	8,60-33,80
Bolivia	385	0,5	0,35-0,65	9,6	0,40-18,80
Lituania	375	0,5	0,35-0,65	13,3	2,57-24,03
Haití	355	0,4	0,26-0,54	24,7	10,68-38,72
Taiwán	300	0,4	0,26-0,54	12,3	0,70-23,90
Centroamérica	685	0,8	0,61-0,99	13,1	5,20-21,00
Caribe	610	0,7	0,52-0,88	15,6	6,57-24,63
Europa del Este	655	0,8	0,61-0,99	24,8	14,46-35,14
Europea Occidental	410	0,5	0,35-0,65	26,5	13,14-39,86
Asia	690	0,8	0,61-0,99	12,2	4,56-19,84
URSS y antigua URSS	575	0,7	0,52-0,88	15,2	6,01-24,39
África	545	0,7	0,52-0,88	16,8	6,99-26,61
Otro lugar de nacimiento	1.120	1,4	1,15-1,65	8,9	3,67-14,13

IC: intervalo de confianza.

Las categorías de lugar de nacimiento no se solapan. Los datos son ponderados.

modelo demostró que los niños adoptados cuando eran lactantes (es decir, los que inmigraron el año en que nacieron) tuvieron las mínimas tasas de discapacidad en relación con los que tenían de 2 a 9 años de edad. El grado de escolarización de los padres adoptivos no mostró un efecto significativo en los modelos de adopción internacional. Los niños adoptados por padres no latinoamericanos de etnia blanca tuvieron mayores probabilidades ajustadas de discapacidad.

Ningún país tuvo unas tasas ajustadas de discapacidad significativamente menores que las de Corea, el grupo de referencia. Los países asiáticos, Japón, China, Vietnam, Taiwán y otros países asiáticos, mostraron tasas sin diferencias estadísticas respecto a Corea. Fuera de Asia, los niños de Perú, Bolivia, Alemania, Ucrania, Lituania y Centroamérica tuvieron tasas no superiores a las de Corea. Se encontró una razón de probabilidades (*odds ratio*) $\geq 2,0$ en los niños de Tailandia, India, Filipinas y la mayoría de los países latinoamericanos. Se encontró una razón de probabilidades $\geq 3,0$ en los niños de Rusia, Bulgaria, Polonia y África. Los niños adoptados de Haití, Europa Occidental y Europa del Este tuvieron razones de probabilidad $\geq 4,0$ respecto a los adoptados de Corea.

Como una pequeña fracción de los niños de adopción internacional (2,3% en nuestra muestra) vivía en domicilios con > 1 niño discapacitado, lo que plantea la posibilidad de la no independencia de estas observaciones,

reevaluamos nuestros modelos incluyendo sólo un niño con discapacidad de cada uno de estos domicilios. Los principales hallazgos no variaron, aunque disminuyeron los efectos de la edad actual. Estos resultados están disponibles por petición.

ANÁLISIS

Los niños de adopción internacional, como los de adopción nacional, tienen una amplia variedad de experiencias previas a la adopción (y se unen a familias con características diversas) con importantes efectos sobre su desarrollo. En conjunto, no hubo diferencia en la tasa de discapacidades notificadas entre los niños de adopción nacional e internacional de 5 a 15 años de edad, aunque ambos grupos tuvieron una tasa más de dos veces mayor que la de la población general de niños. Así pues, la adopción internacional no constituye, por sí misma, un riesgo de discapacidad mayor que la adopción nacional, aunque en comparaciones no ajustadas los niños de adopción internacional tuvieron unas probabilidades significativamente mayores de padecer discapacidades sensoriales y físicas, y menores de discapacidades mentales, que los de adopción nacional.

Observamos que la comparación entre adoptados nacionales e internacionales puede enmascarar la mayor incidencia de problemas de salud en los niños de adopción nacional mediante los servicios de bienestar infan-

TABLA 3. Tasas de discapacidad por características de los niños de adopción internacional: censo estadounidense de 2000

Parámetro	%	IC 95%	Característica especificada ^a						Discapacidad especificada ^a					
			Al menos 1 discapacidad		> 1 discapacidad		Sensorial		Autocuidado		Mental ^b		Física	
			%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Total	100.0		11,7	11,01-12,39	2,2	1,89-2,51	2,0	1,70-2,30	1,4	1,15-1,65	9,7	9,07-10,33	1,9	1,61-2,19
Sexo														
Masculino	44,0	42,94-45,06	13,7	12,59-14,81	2,5	2,00-3,00	1,9	1,46-2,34	1,5	1,11-1,89	12,0	10,95-13,05	1,8	1,37-2,23
Femenino	56,0	54,94-57,06	10,2	9,33-11,07	2,0	1,60-2,40	2,1	1,69-2,51	1,3	0,98-1,62	7,9	7,13-8,67	2,0	1,60-2,40
Edad a la inmigración/ adopción (años)														
0	14,6	13,84-15,36	7,2	5,75-8,65	1,4	0,74-2,06	1,4	0,74-2,06	1,0	0,44-1,56	5,9	4,58-7,22	1,4	0,74-2,06
1	31,0	30,01-31,99	9,9	8,75-11,05	1,5	1,03-1,97	1,5	1,03-1,97	1,0	0,62-1,38	8,2	7,15-9,25	1,4	0,95-1,85
2-4	28,0	27,04-28,96	15,2	13,75-16,65	3,3	2,38-4,02	2,4	1,78-3,02	1,9	1,35-2,45	12,8	11,45-14,15	2,8	2,13-3,47
5-9	19,8	18,95-20,65	13,9	12,23-15,57	2,7	1,92-3,48	3,2	2,35-4,05	1,5	0,91-2,09	11,0	9,49-12,51	2,3	1,58-3,02
10-15	6,6	6,07-7,13	9,6	7,15-12,05	1,9	0,76-3,04	1,0	0,17-1,83	1,3	0,36-2,24	8,0	5,74-10,26	1,4	0,42-2,38
Edad actual (años)														
5-7	26,8	25,85-27,75	9,1	7,91-10,29	2,0	1,42-2,58	1,9	1,34-2,46	1,3	0,83-1,77	6,7	5,67-7,73	1,9	1,34-2,46
8-10	26,1	25,16-27,04	13,7	12,26-15,14	2,4	1,76-3,04	1,9	1,33-2,47	1,4	0,91-1,89	11,6	10,26-12,94	2,2	1,59-2,81
11-13	28,4	27,44-29,36	12,8	11,46-14,14	2,5	1,87-3,13	2,3	1,70-2,90	1,5	1,01-1,99	10,9	9,65-12,15	2,0	1,44-2,56
14-15	18,7	17,87-19,53	11,3	9,73-12,87	2,0	1,31-2,69	1,9	1,22-2,58	1,1	0,58-1,62	9,4	7,96-10,84	1,5	0,90-2,10
Características de los padres														
Familia monoparental	16,1	15,31-16,89	13,6	11,77-15,43	2,0	1,25-2,75	2,0	1,25-2,75	1,3	0,69-1,91	11,7	9,98-13,42	1,7	1,01-2,39
Menos que bachillerato	1,9	1,61-2,19	13,3	8,00-18,60	4,8	1,46-8,14	4,3	1,13-7,47	2,4	0,01-4,79	11,1	6,19-16,01	3,4	0,37-6,23
Bachiller o algún curso universitario	33,5	32,49-34,51	11,8	10,61-12,99	2,9	2,28-3,52	2,4	1,83-2,97	1,8	1,31-2,29	9,1	8,04-10,16	2,7	2,10-3,30
Diplomado o superior de etnia blanca	64,7	63,68-65,72	11,7	10,84-12,56	1,9	1,54-2,26	1,8	1,45-2,15	1,1	0,82-1,38	10,0	9,20-10,80	1,5	1,18-1,82
No latinoamericano Lugar de nacimiento (10 seleccionados)	95,0	94,53-95,47	11,9	11,19-12,61	2,3	1,97-2,63	2,0	1,69-2,31	1,3	1,05-1,55	9,9	9,24-10,56	2,0	1,69-2,31
Corea	36,2	35,17-37,23	7,1	6,19-8,01	1,6	1,15-2,05	1,5	1,07-1,93	1,0	0,65-1,35	5,5	4,69-6,31	1,4	0,98-1,82
Rusia	9,8	9,16-10,44	17,4	14,81-19,99	2,5	1,43-3,57	2,0	1,04-2,96	1,2	0,46-1,94	14,6	12,19-17,01	2,6	1,51-3,69
China	5,2	4,72-5,68	3,7	3,93-5,47	0,9	0,01-1,79	1,1	0,12-2,08	0,6	-0,12-1,32	2,1	0,76-3,44	1,0	0,007-1,93
Colombia	5,1	4,63-5,57	12,7	9,55-15,85	1,8	0,54-3,06	2,4	0,95-3,85	0,9	0,01-1,79	10,2	7,34-13,06	1,5	0,35-2,65
Rumania	4,9	4,44-5,36	21,2	17,24-25,16	3,5	1,72-5,28	1,9	0,58-3,22	2,5	0,99-4,01	19,1	15,29-22,91	1,8	0,51-3,09
India	4,5	4,06-4,94	16,2	12,50-19,90	3,3	1,51-5,09	3,2	1,43-4,97	1,7	0,40-3,00	12,9	9,53-16,27	2,6	1,00-4,20
Guatemala	3,7	3,30-4,10	11,3	7,79-14,81	1,4	0,10-2,70	1,2	-0,01-2,41	0,9	-0,15-1,95	10,3	6,93-13,67	0,9	-0,15-1,95
Paraguay	2,8	2,45-3,15	12,5	8,28-16,72	0,7	-0,36-1,76	0,8	-0,34-1,94	0,2	-0,37-0,77	12,2	8,02-16,38	0,2	-0,37-0,77
México	2,4	2,07-2,73	15,6	10,61-20,59	4,8	1,86-7,74	4,5	1,65-7,35	2,8	0,53-5,07	12,3	7,79-16,81	6,3	2,96-9,64
Perú	2,4	2,07-2,73	8,8	4,89-12,71	1,7	-0,08-3,48	1,9	0,02-3,78	0,4	-0,47-1,27	8,3	4,49-12,11	0,3	-0,45-1,05

IC: intervalo de confianza.

^aLas categorías no son mutuamente excluyentes.

^bLa pregunta era si la persona tenía dificultades de aprendizaje, memoria o concentración. Los datos están ponderados.

TABLA 4. Análisis de regresión logística múltiple de tener alguna discapacidad: 5 a 15 años de edad, censo estadounidense de 2000

Parámetro	Adopción nacional e internacional, OR ajustada (IC 95%)		Adopción internacional, OR ajustada (IC 95%)
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Mujer	0,58 ^a (0,56-0,61)	0,58 ^a (0,56-0,61)	0,75 ^a (0,64-0,88)
Edad a la inmigración/adopción (años)			
0 (referencia)	—	—	1,00
1	—	—	1,31 (0,98-1,75)
2-4	—	—	1,80 ^a (1,35-2,39)
5-9	—	—	1,45 ^c (1,07-1,97)
10-15	—	—	0,94 (0,62-1,43)
Edad actual (años)			
5-7	0,78 ^a (0,73-0,83)	0,76 ^a (0,71-0,82)	0,56 ^a (0,43-0,74)
8-10	1,08 ^b (1,02-1,15)	1,06 ^c (1,00-1,13)	0,87 (0,68-1,12)
11-13	1,11 ^a (1,05-1,18)	1,11 ^a (1,04-1,18)	1,05 (0,83-1,32)
14-15	1,00	1,00	1,00
Características de los padres			
Familia monoparental	1,43 ^a (1,36-1,50)	1,42 ^a (1,35-1,49)	1,15 (0,94-1,41)
Menos que bachillerato	1,00	1,00	1,00
Bachiller o algún año de universidad	0,97 (0,91-1,04)	0,98 (0,92-1,04)	1,05 (0,60-1,84)
Diplomado o superior	0,93 ^c (0,86-0,99)	0,93 ^b (0,86-0,99)	1,03 (0,59-1,80)
No latinoamericano de etnia blanca	1,28 ^a (1,21-1,34)	1,27 ^a (1,21-1,34)	1,62 ^c (1,05-2,49)
Lugar de nacimiento ^d			
Estadounidense adoptado	1,00	1,00	—
Adopción internacional	0,98 (0,90-1,06)	—	—
Corea (referencia)	—	0,55 ^a (0,47-0,64)	1,00
Rusia	—	1,66 ^a (1,35-2,04)	3,01 ^a (2,25-4,02)
China	—	0,41 ^b (0,23-0,72)	0,78 (0,43-1,44)
Colombia	—	1,01 (0,73-1,39)	1,87 ^a (1,30-2,68)
Rumanía	—	1,97 ^a (1,51-2,59)	3,54 ^a (2,55-4,91)
India	—	1,36 (1,00-1,85)	2,32 ^a (1,64-3,30)
Guatemala	—	0,92 (0,62-1,37)	1,80 ^b (1,17-2,77)
Paraguay	—	1,03 (0,67-1,60)	2,10 ^b (1,31-3,37)
México	—	1,26 (0,82-1,93)	2,61 ^a (1,62-4,19)
Perú	—	0,64 (0,37-1,11)	1,27 (0,71-2,27)
Filipinas	—	1,41 (0,92-2,14)	2,41 ^a (1,53-3,79)
Chile	—	1,11 (0,68-1,83)	2,06 ^b (1,22-3,48)
Brasil	—	1,42 (0,90-2,26)	2,71 ^a (1,65-4,46)
Honduras	—	1,41 (0,85-2,33)	2,58 ^a (1,52-4,38)
Vietnam	—	0,76 (0,33-1,77)	1,49 (0,62-3,55)
El Salvador	—	1,51 (0,81-2,83)	2,68 ^b (1,40-5,15)
Tailandia	—	1,26 (0,82-1,93)	2,15 ^c (1,01-4,59)
Bulgaria	—	2,13 ^c (1,13-4,02)	3,68 ^a (1,89-7,15)
Japón	—	0,26 (0,06-1,17)	0,48 (0,11-2,19)
Polonia	—	1,86 (0,92-3,73)	3,42 ^a (1,66-7,04)
Ucrania	—	0,92 (0,37-2,27)	1,61 (0,64-4,09)
Alemania	—	0,49 (0,13-1,89)	0,98 (0,25-3,87)
Ecuador	—	1,98 (0,84-4,63)	3,60 ^b (1,50-8,63)
Bolivia	—	0,90 (0,27-2,97)	1,64 (0,49-5,51)
Lituania	—	1,16 (0,41-3,31)	2,08 (0,71-6,06)
Haití	—	2,32 (0,99-5,44)	4,14 ^b (1,72-9,96)
Taiwán	—	1,14 (0,34-3,83)	1,91 (0,56-6,53)
Centroamérica	—	0,99 (0,45-2,16)	1,93 (0,86-4,32)
Caribe	—	1,22 (0,56-2,64)	2,57 ^c (1,15-5,73)
Europa del Este	—	2,47 ^b (1,32-4,62)	4,56 ^a (2,37-8,81)
Europa Occidental	—	2,56 ^c (1,18-5,54)	4,37 ^a (1,96-9,74)
Asia	—	1,05 (0,47-2,34)	1,73 (0,76-3,95)
URSS y antigua URSS	—	1,47 (0,66-3,28)	2,76 ^c (1,20-6,34)
África	—	1,50 (0,68-3,30)	3,13 ^b (1,37-7,16)
Otro lugar de nacimiento	—	0,73 (0,35-1,49)	1,38 (0,65-2,91)

IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio.

^ap < 0,001, ^bp < 0,01, ^cp < 0,05.

^dLas categorías no se solapan.

til respecto a los adoptados por vía privada¹⁷, lo que no se pudo distinguir en los datos del censo. Además, los datos de discapacidad del censo respecto a los niños están basados en informes de sustitución³⁴ y producen tasas de discapacidad que difieren de los obtenidos por las evaluaciones profesionales²⁵; sin embargo, los datos de 2000 se han considerado adecuados para su empleo en las evaluaciones de las necesidades³⁵. Por último, es posible que algunos niños calificados como adoptados no procedieran de adopciones legales, o fueran adoptados dentro de la familia o de manera informal. Intenta-

mos limitar estos casos excluyendo a los niños de adopción internacional con un progenitor nacido en el extranjero¹.

Los niños de adopción internacional provienen de muchos países, cada uno con sus propias condiciones e historia de adopción (y sus propias fuentes de variación interna). Nuestro análisis demostró que, en presencia de controles sencillos de sexo, edad a la adopción, edad actual y características de los padres, las probabilidades de discapacidad en relación con las adopciones nacionales oscilan entre la mitad o menos (China, Corea) y más del

doble (Rumanía, Bulgaria, Europa del Este y Europa Occidental).

Nuestro análisis demostró también que, en 2000, el sexo (femenino) y la edad a la adopción (lactante) se asociaron con menores probabilidades de discapacidad. Las discapacidades fueron muy habituales en los niños adoptados por familias monoparentales y por padres no latinoamericanos de etnia blanca.

Estos efectos no deben ser utilizados para predecir las probabilidades de discapacidad en los niños que todavía no han sido adoptados. Antes bien, reflejan las características de salud notificadas de los niños ya adoptados mediante estos programas y países, medidos en 2000, de 0 a 15 años después de su inmigración. Muchos factores influyen en la aparición de discapacidades, como las condiciones sanitarias de los padres biológicos de los niños en adopción internacional, las elecciones y las acciones de las agencias de adopción y las motivaciones de los padres adoptivos en Estados Unidos. También puede estar influida por experiencias previas y posteriores a la adopción (positivas o negativas), porque no podemos determinar el momento de la aparición de estas discapacidades (o identificar las resueltas antes de 2000).

Las futuras adopciones se realizarán en nuevas condiciones y programas, ya que cambian con frecuencia. La composición de los niños adoptados en China, por ejemplo, incluye ahora a muchos más niños adoptados con "necesidades especiales"³⁶ (que pueden tener o no discapacidades). Sin embargo, creemos que esta información es importante para los profesionales de la salud, la educación y los servicios sociales y para los padres adoptivos y los que pretenden adoptar. El conocimiento de las tasas de discapacidad notificadas puede ayudar a los legisladores a evaluar los riesgos relativos y los problemas que afrontan estos niños y sus familias y a identificar los recursos necesarios para abordarlos.

AGRADECIMIENTOS

Damos las gracias a Martin O'Connell y a Robert Kominski, del US Census Bureau, y a los revisores anónimos por sus comentarios. Este artículo se publica para informar a los investigadores interesados y para fomentar los debates del trabajo en realización.

Los Dres. Kreider y Cohen contribuyeron por igual a este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kreider RM. Foreign-born adopted children in the US, 2000. En: Atwood TC, Allen LA, Ravenel VC, editores. *Adoption factbook IV*. Washington, DC: National Council for Adoption; 2007. p. 133-53.
2. Selman P. Intercountry adoption in the new millennium; the "quiet migration" revisited. *Population Research and Policy Review*. 2002;21(3):205-25.
3. Adoptions to the United States [consultado 3/6/2009]. US Department of State; 2009. Disponible en: http://adoption.state.gov/news/total_chart.html
4. Johnson DE, Miller LC, Iverson S, et al. The health of children adopted from Romania. *JAMA*. 1992;268(24):3446-51.
5. Meese RL. A few new children: postinstitutionalized children of intercountry adoption. *Journal of Special Education*. 2005;39(3):157-67.
6. Jay S. When children adopted abroad come with too many troubles. *New York Times*. 1996;June 23:1.

7. Miller LC, Kiernan MT, Mathers MI, Klein-Gitelman M. Developmental and nutritional status of internationally adopted children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1995;149(1):40-4.
8. Miller L, Chan W, Comfort K, Tirella L. Health of children adopted from Guatemala: comparison of orphanage and foster care. *Pediatrics*. 2005;115(6). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/115/6/e710
9. Albers LH, Johnson DE, Hostetter MK, Iverson S, Miller LC. Health of children adopted from the former Soviet Union and Eastern Europe: comparison with preadoptive medical records. *JAMA*. 1997;278(11):922-4.
10. Miller LC, Hendrie NW. Health of children adopted from China. *Pediatrics*. 2000;105(6). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/6/e76
11. Miller LC, Chan W, Litvinova A, et al. Fetal alcohol spectrum disorders in children residing in Russian orphanages: a phenotypic survey. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006;30(3):531-8.
12. Miller LC. International adoption, behavior, and mental health. *JAMA*. 2005;293(20):2533-5.
13. Hellerstedt WL, Madsen NJ, Gunnar MR, Grotevant HD, Lee RM, Johnson DE. The international adoption project: population-based surveillance of Minnesota parents who adopted children internationally. *Matern Child Health J*. 2008;12(2):162-71.
14. Groze V, Ileana D. A follow-up study of adopted children from Romania. *Child & Adolescent Social Work Journal*. 1996;13(6):541-65.
15. Lee RM. The transracial adoption paradox: history, research, and counseling implications of cultural socialization. *Couns Psychol*. 2003;31(6):711-41.
16. Juffer F, van IJzendoorn MH. Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: a meta-analysis. *JAMA*. 2005;293(20):2501-15.
17. Howard JA, Smith SL, Ryan SD. A comparative study of child welfare adoptions with other types of adopted children and birth children. *Adoption Quarterly*. 2004;7(3):1-30.
18. Gunnar MR, van Dulmen MH, International Adoption Project Team. Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children. *Dev Psychopathol*. 2007;19(1):129-48.
19. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse. *Global status report on alcohol 2004*. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2004.
20. Krusiewicz ES, Wood JT. 'He was our child from the moment we walked in that room': entrance stories of adoptive parents. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2001;18(6):785-803.
21. Goetting A, Goetting MG. Voluntary parents to multiple children with special needs: a profile [consultado 3/6/2009]. *J Child Fam Stud*. 1993;2(4):353-369. Disponible en: www.springerlink.com/content/n7517348x408hu49
22. van IJzendoorn MH, Juffer F. The Emanuel Miller memorial lecture 2006: Adoption as intervention – meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(12):1228-45.
23. Waldrop J, Stern SM. *Disability status: 2000*. Washington, DC: US Census Bureau; 2003.
24. Kreider RM. *Adopted children and stepchildren: 2000*. Washington, DC: US Census Bureau; 2003. *Census 2000 Special Reports, CENSR6-RV*.
25. Counting people with disabilities: How survey methodology influences estimates in census 2000 and the census 2000 supplementary survey [consultado 3/6/2009]. Washington, DC: US Census Bureau; 2004. Disponible en: www.census.gov/hhes/www/disability/finalstern.pdf
26. Glennen S. Language development and delay in internationally adopted infants and toddlers: a review. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2002;11(4):333-9.
27. Malone N, Baluja KF, Costanzo JM, Davis CJ. The foreign-born population: 2000. Washington, DC: US Census Bureau; 2003. *Census 2000 Briefs, C2KBR-34*.
28. Wen M. Family structure and children's health and behavior data from the 1999 national survey of America's families. *J Fam Issues*. 2008;29(11):1492-519.
29. Cohen PN, Petrescu-Prahova M. Gendered living arrangements among children with disabilities. *J Marriage Fam*. 2006;68(3):630-8.

30. Troxel WM, Matthews KA. What are the costs of marital conflict and dissolution to children's physical health? *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2004;7(1):29-57.
31. Kreider RM. Adoptive single parents and their children: 2000. Presentado en: annual meeting of the Population Association of America; May 3, 2003; Mineápolis, MN.
32. Jenista JA. Special topics in international adoption. *Pediatr Clin North Am.* 2005;52(5):1479-94, ix.
33. US Census Bureau. Census 2000 summary file 3 technical documentation. Washington, DC: US Census Bureau; 2002.
34. Andresen EM, Fitch CA, McLendon PM, Meyers AR. Reliability and validity of disability questions for US Census 2000. *Am J Public Health.* 2000;90(8):1297-9.
35. Calsyn RJ, Winter JP, Yonker RD. Should disability items in the Census be used for planning services for elders? *Gerontologist.* 2001; 41(5):583-8.
36. Tan TX, Marfo K, Dedrick RF. Special needs adoption from China: exploring child-level indicators, adoptive family characteristics, and correlates of behavioral adjustment. *Children and Youth Services Review.* 2007;29(10):1269-85.