

Diferencias entre adultos adoptantes y no adoptantes en salud y satisfacción vital

Arantxa AGUIRRE URIARTE
Félix LOIZAGA LATORRE
Universidad de Deusto, Bilbao (España)

Resumen

El objetivo del estudio es realizar una comparación de la variable salud (GHQ-28) desde el punto de vista de padres y madres adoptantes y no adoptantes y analizar su relación con la satisfacción vital (SASS, FHM). Participaron un total de 693 padres y madres, de los cuales 134 corresponden a la muestra de familias adoptantes y 559 familias al grupo control (35 a 65 años). La comparación se realizó a través del estadístico t de Student y las relaciones intra-grupo a través del índice de correlación de Pearson. En cuanto a los resultados, las familias adoptantes refieren mejores niveles de salud que las familias no adoptantes y una media de satisfacción vital superior. Los análisis intra-grupo muestran correlaciones positivas entre salud y satisfacción vital.

Abstract

The objective of the study is to make a comparison of the health variable (GHQ-28) from the point of view of adopters and non-adopters parents and analyze your relationship with life satisfaction (SASS, FHM). They involved a total of 693 fathers and mothers, of whom 134 correspond to the sample of adoptive families and 559 families group control (35 to 65 years). The comparison was made through the Student T- statistic and relations intra-group through the Pearson correlation index. In terms of results, the adoptive families concern better levels of health than non-adoptive families and an average of higher life satisfaction. Intra-group analyses show positive correlations between health and life satisfaction.

La Organización Mundial de la Salud (1948) define la salud no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Es importante señalar que junto con la salud física, se destaca la importancia de la salud mental y social, incluyendo dentro de esta última las relaciones familiares.

Asimismo, la OMS (2013) expone la relación existente entre la satisfacción vital y la salud, estableciendo la satisfacción vital como el principal indicador de bienestar subjetivo que repercute de forma esencial en la salud pública. Son muchos los autores que corroboran la estrecha relación que guarda la salud con la satisfacción vital y la percepción de la misma, entendido como bienestar subjetivo

(Abarca, 2005; Sánchez, García, Valverde y Pérez, 2014). Asimismo, se observa que la percepción de satisfacción vital suele decrecer ante la pérdida de salud (Frijters, Johnston y Shields, 2011; Lucas, 2007; Pagán-Rodríguez, 2010, 2011; Powdthavee, 2009; Strine, Chapman, Balluz, Moriarty y Mokdad, 2008).

En cuanto a lo que a adopción se refiere, la variable satisfacción ha sido muy utilizada con el fin de valorar el impacto de la adopción y la adaptación familiar (Sánchez-Sandoval, 2011). Por el contrario, no se ha profundizado tanto sobre la salud en el caso de los padres y madres adoptantes. Teniendo en cuenta que estas familias superan una serie de situaciones estresantes propias de este colectivo, resulta de

gran interés realizar una comparación con el fin de valorar las diferencias respecto a salud y satisfacción. Además, antes de la incorporación del niño a la familia se lleva a cabo un proceso de selección para asegurar la idoneidad de las familias. Esto deja entrever la posibilidad de una serie de características propias que podrían tener las familias adoptantes.

Las familias adoptantes refieren una serie de situaciones estresantes y temores que podrían afectar su salud física y mental. Su principal preocupación es la hora de decidirse a llevar a cabo la adopción es afrontar las diversas entrevistas y evaluaciones psico-sociales que les obliga a exponerse a que personas desconocidas evalúen sus capacidades y expectativas como futuros padres (Limiñana, 2009; Palacios, 2009; Parera, 1996; Silvero, Ochoa, García y Sobrino 2004). Este proceso puede tener una gran repercusión dada la ansiedad que genera a los padres adoptivos, ya que la espera de adopción puede ser muy larga e indefinida. Además, muchas parejas se sienten juzgadas por el proceso de evaluación y lo consideran demasiado intrusivo (Rosas, Gallardo y Angulo, 2000; Santamaría, Pacheco y Agüero, 1993; Singer, Brodzinsky y Ramsay, 1985).

El segundo factor que puede repercutir a su salud y bienestar es el motivo de adopción. En el caso de que el motivo de adopción sea la esterilidad, los padres y madres adoptantes deben haber superado esta etapa de duelo previamente para que la adaptación familiar sea favorable (De Cúneo, Pella, Castiñeira, Márquez, Felbarg y Muchenik, 2007). Cabe señalar que, según Berástegui (2011) y Loizaga (2009, 2014), alrededor del 85% de las parejas que acuden a los servicios de adopción refieren problemas de fertilidad.

Por otro lado, es imprescindible mencionar que en el caso de la adopción los niños y niñas sufren una discontinuidad en las figuras de cuidado y pueden sufrir sensación de abandono, ya que para haber sido dados en adopción sus padres biológicos han tenido que renunciar a él/ella (Rosas, Gallardo y Angulo, 2000). Estas dificultades podrían afectar a las relaciones y a la salud y, con ello, a la satisfacción de los padres y madres adoptantes. Aun así, se ha demostrado que los niños adoptados tienen una capacidad rápida de recuperación y que son capaces de establecer vínculos de apego seguro con sus familias adoptivas (Palacios, Román y Camacho, 2010, citado en Sánchez-Sandoval, León y Román, 2012; Román y Palacios, 2011, 2012).

Otro de los momentos más temidos que puede repercutir en la salud y satisfacción de los padres adoptantes, es la presión que sufren por tener que desvelar la historia de origen. Aun así, según Rosso y Camacho (2010) y Santamaría, Pacheco y Agüero (1993) esta última experiencia ha servido para fortalecer más el vínculo familiar y la confianza mutua. Esta preocupación guarda relación con el temor de que la familia biológica reconozca al niño por la calle y lo recoja de nuevo, temor que es referido por una de cada dos familias adoptantes (Fernández, 2004).

A su vez, muchas de las familias adoptantes refieren temor a la búsqueda por parte del niño de la familia biológica. Esta reacción del niño ha sido entendida por algunas familias como un síntoma de fracaso en la adopción. Sin embargo cabe señalar que en la actualidad se ha comprobado que esta no es la razón de la búsqueda de los padres biológicos, ya que un 93% quieren a sus padres adoptivos y viceversa, parece que lo que está detrás es la sensación de vacío y la falta de conocimiento del origen (Freixa y Negre, 2014; Pacheco y Eme, 1993; Sachdev, 1992, citado en Amorós, Fuertes y Pérez, 1996).

Además es importante señalar que tras el impacto del encuentro con su familia biológica muy pocos de los niños adoptados perciben un deterioro en la relación con sus padres adoptantes y la mayoría reconocen tener mejor calidad de vida de lo que habrían tenido con sus padres biológicos. Por lo que estas reuniones sirvieron en gran medida para aumentar el afecto hacia sus padres adoptivos y valorar más su situación familiar (Fuertes y Pérez, 1996; Sachdev 1991, citado en Amorós, Fuertes y Pérez, 1996).

Esto nos lleva a analizar la satisfacción vital de las familias adoptantes. Son muchos los estudios que coinciden en el alto grado de satisfacción de los padres adoptivos y de los niños/as adoptados (Berry, Barth y Needell, 1996; Fernández, 2004; Loizaga, 2009, 2010; Molina, Fuentes y Berrocal, 2012; Montserrat, 2008; Muñoz, Rebollo y Molina, 2005; Sánchez-Sandoval, 2011). Aun teniendo en cuenta el alto grado de satisfacción con la adopción, estas mismas familias adoptivas muestran un 30% de insatisfacción hacia los trámites y el proceso administrativo de adoptar, sobretodo en los casos de adopción múltiple (Palacios 1996, citado en Fernández, 2004; Sánchez-Sandoval, 2011). El dato más llamativo es que el 89% de los padres y madres adoptivos manifiesta que la información recibida sobre las características psicológicas del niño fue insuficiente. Aun así, muestran un 98% de satisfacción ante la rápida adaptación del niño a la familia adoptiva, 66% de satisfacción ante 14% de insatisfacción con el ajuste escolar y 85% de satisfacción con la adopción. Cabe señalar que un año después la mayoría de los problemas se habían solucionado (Castle *et al.*, 2009; Loizaga, 2009).

Tras analizar la bibliografía existente, se podría decir que se percibe una clara relación entre la satisfacción vital y la salud. Habitualmente las investigaciones se centran más en los propios niños, por lo que lo innovador del objetivo de este estudio es que se centra en analizar la perspectiva de los padres y madres adoptantes y no adoptantes. Se pretende realizar una comparación entre las familias adoptantes y no adoptantes respecto a la variable salud y su relación con la satisfacción vital. Con el fin de realizar la comparación respecto a salud como variable principal, se analizarán las diferencias existentes entre los dos grupos utilizando los métodos posibles de corrección del cuestionario GHQ-28.

Método

Participantes

La muestra del estudio de comparación está compuesta por 693 padres y madres de adolescentes de entre 12 y 18 años. De este total, 134 participantes corresponden a la muestra de familias adoptantes y 559 sujetos corresponden al grupo control que representa la población normal.

En lo referente al sexo de los participantes, 455 son mujeres y 238 hombres, lo que corresponde al 65'7% y 34'3% de la muestra respectivamente. La edad mínima de la muestra es 35 la máxima 65 años. La media de edad de la muestra total es 47'95 con una desviación típica de 8'12.

Dentro de esta muestra total, el grupo de familias adoptantes está compuesto por 134 participantes. Las edades se comprenden entre los 35 y 65 años, con una media de 52'93 y una desviación típica de 5'79. En cuanto al sexo, el 74'1% de la muestra corresponde a padres adoptantes (100 hombres) y el 25'9% a madres adoptantes (34 mujeres).

Por otro lado, el grupo control está compuesto por 559 participantes, 138 son hombres y 421 mujeres. Las edades también se comprenden entre los 35 y 65 años. La media de edad del grupo control es 46'76 y una desviación típica de 8'14.

Además, es importante señalar que la muestra cuenta con una gran diversidad de procedencias. Las distintas Comunidades Autónomas a las que pertenecen los participantes son Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Catalunya, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Islas Baleares, Islas Canarias, Madrid, Navarra y País Vasco.

Instrumentos y variables

Cuestionario GHQ-28 (General Health Questionnaire) (Goldberg, 1979). Se trata de un autorreporte de salud general o cuestionario de salud autopercebida que se creó con el fin de valorar objetivamente los niveles de salud y que estaba formado por 60 ítems. Posteriormente este cuestionario dio lugar a versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems que han sido validadas. En este caso la versión del cuestionario GHQ utilizada ha sido la que consta de 28 ítems para evaluar la salud general de la muestra y posteriormente analizar las relaciones con el apego (García, 1999; Retolaza, Mostajo, De la Rica, Díaz de Garramiola, Pérez de Loza, Aramberri y Markez Alonso, 1993). El uso de este instrumento es común en la salud pública y muestra niveles altos de fiabilidad test-retest y consistencia interna (Gibbons, de Arévalo y Mónico, 2004).

Cuestionario Self-Anchoring Striving Scale (SASS) (Cantril, 1965), también llamado *Ladder Scale*. Se trata de

un autoinforme de un único ítem en forma de escalera con 10 peldaños en la que se valora la vida buena o mala que podría tener el sujeto desde su punto de vista subjetivo. A pesar de su brevedad se ha demostrado su validez y fiabilidad (Andrews y Withey, 1976; Cantril, 1965; Diener, 1994; Larsen, Diener y Emmons, 1985; citado en Galíndez, 2007).

Escala FHM (Fordyce Happiness Measure) (Fordyce, 1988). Esta escala de ítem único se ha utilizado para evaluar la dimensión de felicidad global con respuestas numéricas que se comprenden entre 0 y 10 (Galíndez, 2007).

Procedimiento

Con el fin de expandir la aplicación de los cuestionarios GHQ-28, FHM y SASS lo máximo posible, se decidió utilizar internet como instrumento de divulgación.

En primer lugar, se contactó con todos los padres y madres posibles de adolescentes de entre 12 y 18 años y se pidió su colaboración. Además de esto, se repartió la dirección del cuestionario e información del estudio mediante folletos previamente elaborados. Añadir que se redactó un escrito informativo y consentimientos informados que se divulgaron a través de correo electrónico junto con la dirección del cuestionario y la información a una extensa lista de colegios. Con el fin de exponer el objetivo de la investigación, las instrucciones y tener un lugar público donde mostrar la información sobre el estudio, se creó un blog en el que se facilitaba la dirección de acceso al cuestionario.

Añadir a esto que las bases de datos de familias adoptantes llevaban recogiéndose años por el equipo de investigación con el que se ha colaborado y se pusieron a disposición del estudio. La muestra recogida a través de los métodos expuestos anteriores se añadió a las bases de datos de las que se disponía. Por último, señalar que en todo momento se respetó la confidencialidad de los datos, ya que los participantes se identificaron bajo un pseudónimo.

Análisis de datos

El análisis de datos se ha realizado mediante pruebas paramétricas del programa IBM *SPSS Statistics* (versión 21), ya que las dos muestras están compuestas por más de 30 participantes (Field, 2000).

Primero, se han llevado a cabo los análisis estadísticos descriptivos para analizar la muestra. Posteriormente, teniendo en cuenta que el objetivo del estudio consiste en comparar la media entre dos grupos respecto a la variable salud, se ha utilizado el estadístico *t* de Student.

Del mismo modo, se pretende analizar la relación entre las variables satisfacción y salud. Para ello y con el fin de analizar las relaciones entre las dimensiones del cuestionario GHQ-28, se ha utilizado el índice de correlación de Pearson.

Resultados

La primera forma de corrección del cuestionario GHQ-28 hace referencia a una escala tipo Likert en la que se asignan valores de 0, 1, 2 y 3 a cada una de las cuatro posibles respuestas (a,b,c,d). Tras realizar la comparación de las medias entre los dos grupos por medio de este método de corrección (tabla 1) se observa que el grupo control ($M=47'86$, $DT=13.08$) puntúa significativamente más alto que las familias adoptantes ($M=43'59$, $DT=8'1$), siendo $t_{(61)} = -3'37$, $p<0.001$. Por lo que las familias adoptantes muestran menos síntomas de enfermedad que las familias no adoptantes.

Al profundizar analizando las diferencias encontradas mediante la corrección a través de la escala Likert en las dimensiones del test, se observa que la media obtenida por el grupo control es más alta en todos los casos que la de las familias adoptivas. Aun así los resultados son significativos en tres de las cuatro dimensiones. En este caso el grupo control ($M=12'13$, $DT=4$) puntúa significativamente más alto que el grupo adoptante ($M=10'66$, $DT=2'66$), siendo $t_{(66)} = -3'89$, $p<0.01$ en la dimensión "Síntomas somáticos".

Junto con esto, el grupo control ($M=12'31$, $DT=4'71$) obtiene una media más alta que el grupo adoptante ($M=11'10$, $DT=3'65$), siendo $t_{(66)} = -2'71$, $p<0'01$ en la dimensión "Ansiedad e insomnio". Finalmente, el grupo control ($M=9'19$, $DT=3'9$) puntúa significativamente más alto que el grupo adoptante ($M=7'79$, $DT=1'75$), siendo $t_{(68)} = -3'94$, $p<0.01$ en la dimensión "Depresión grave".

Respecto a la segunda forma de corrección del cuestionario GHQ-28, se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las

respuestas de los ítems y se utiliza para detectar problemas de nueva aparición. En este caso también se encuentran diferencias significativas (tabla 2). En concordancia con el resultado anterior, las familias del grupo control ($M=3'98$, $DT=5'94$) muestran una puntuación más alta que las familias adoptantes ($M=1'63$, $DT=3'85$) en la puntuación total de nuevos síntomas de enfermedad, siendo $t_{(69)} = -4'32$, $p=0'00$.

Al analizar las diferencias entre las cuatro dimensiones del cuestionario GHQ-28 mediante este método de corrección, los resultados muestran que los padres y madres adoptantes refieren significativamente menos aparición de síntomas de enfermedad que las familias control. El grupo control ($M=1'17$, $DT=1'87$) puntúa significativamente más alto que el grupo adoptante ($M=0'45$, $DT=1'17$), siendo $t_{(69)} = -4'23$, $p<0'00$ en la dimensión "Síntomas somáticos".

A su vez, el grupo control ($M=1'24$, $DT=2'03$) también puntúa significativamente más alto que el grupo adoptante ($M=0'63$, $DT=1'56$), siendo $t_{(69)} = -3'22$, $p<0'001$ en la dimensión "Ansiedad e insomnio". Además las familias no adoptantes han obtenido puntuaciones más altas en las escalas "Disfunción social" y "Depresión grave" ($M=1'02$, $DT=1'68$; $M=0'58$, $DT=1'48$) que las familias no adoptivas ($M=0'50$, $DT=1'12$; $M=0'13$, $DT=0'61$) siendo $t_{(69)} = -3'36$ y $t_{(69)} = -3'44$, $p<0.001$ respectivamente.

El último método de corrección del cuestionario GHQ-28, hace referencia a la cronicidad de los síntomas y se lleva a cabo asignando los valores 0, 1, 1, 1 a las respuestas de los ítems. Los resultados (tabla 3) coinciden con los anteriores al mostrar que las familias no adoptantes ($M=14'95$, $DT=5'68$) puntúan más alto en la presencia de síntomas

Tabla 1. Resultados en el GHQ-20 en escala Likert. Comparación de medias.

| | Familias adoptivas | | | Familias no adoptivas | | | t | P |
|---------------------|--------------------|-------|------|-----------------------|-------|------|-------|-------|
| | N | M | DT | N | M | DT | | |
| Síntomas somáticos | 134 | 10.66 | 2.66 | 559 | 12.13 | 4 | -3.89 | 0.00 |
| Ansiedad e insomnio | 134 | 11.10 | 3.65 | 559 | 12.31 | 4.73 | -2.71 | 0.007 |
| Disfunción social | 134 | 14.12 | 1.85 | 559 | 14.29 | 2.94 | -0.63 | 0.53 |
| Depresión | 134 | 7.79 | 1.75 | 559 | 9.19 | 3.9 | -3.94 | 0.0 |
| Total | 134 | 43.59 | 8.1 | 559 | 47.86 | 13.1 | -3.37 | 0.001 |

Tabla 2. Resultados en el GHQ-20 en detección de síntomas de nueva aparición. Comparación de medias.

| | Familias adoptivas | | | Familias no adoptivas | | | t | P |
|---------------------|--------------------|------|------|-----------------------|------|------|-------|-------|
| | N | M | DT | N | M | DT | | |
| Síntomas somáticos | 134 | 0.45 | 1.18 | 559 | 1.17 | 1.87 | -4.23 | 0.0 |
| Ansiedad e insomnio | 134 | 0.63 | 1.56 | 559 | 1.24 | 2.03 | -3.22 | 0.001 |
| Disfunción social | 134 | 0.50 | 1.12 | 559 | 1.02 | 1.68 | -3.36 | 0.001 |
| Depresión | 134 | 0.13 | 0.61 | 559 | 0.58 | 1.48 | -3.44 | 0.001 |
| Total | 134 | 1.63 | 3.85 | 559 | 3.98 | 5.95 | -4.31 | 0.0 |

Tabla 3. Resultados en el GHQ-20 en cronicidad de los síntomas. Comparación de medias.

| | Familias adoptivas | | | Familias no adoptivas | | | t | P |
|---------------------|--------------------|-------|------|-----------------------|-------|------|-------|-------|
| | N | M | DT | N | M | DT | | |
| Síntomas somáticos | 134 | 3.07 | 1.68 | 559 | 3.75 | 2.04 | -3.44 | 0.001 |
| Ansiedad e insomnio | 134 | 3.36 | 2.17 | 559 | 3.71 | 2.37 | -1.51 | 0.13 |
| Disfunción social | 134 | 6.14 | 1.05 | 559 | 6.52 | 1.48 | 2.72 | 0.007 |
| Depresión | 134 | 1.30 | 1.75 | 559 | 1.45 | 2.12 | -4.14 | 0.0 |
| Total | 134 | 13.45 | 4.25 | 559 | 14.95 | 5.68 | -2.64 | 0.008 |

crónicos que las familias adoptantes ($M=13'45$, $DT=4'25$), siendo $t_{(61)} = -2'64$, $p=0'008$.

En cuanto al análisis de comparación entre las sub-escalas del cuestionario en base a la cronicidad de los síntomas, las puntuaciones coinciden con las anteriores, ya que el grupo control muestra puntuaciones significativamente más altas en todas las dimensiones, excepto en la dimensión “Ansiedad e insomnio” que aunque el grupo control puntúa más alto, las diferencias no son significativas. Las familias no adoptantes han obtenido puntuaciones más altas en la escala “Síntomas somáticos” ($M=3'75$, $DT=2'04$) que las familias no adoptivas ($M=3'07$, $DT=1.68$) siendo $t_{(69)} = 2'72$ y $t_{(68)} = -3'44$, $p<0.001$ respectivamente. A su vez, las familias no adoptantes han obtenido puntuaciones más altas en las escalas “Disfunción social” y “Depresión grave” ($M=6'54$, $DT=1'48$; $M=1'45$, $DT=2'12$) que las familias no adoptivas ($M=6'14$, $DT=1'05$; $M=1'3$, $DT=1'75$) siendo $t_{(69)} = 2'72$ y $t_{(70)} = -4'14$, $p<0'01$ respectivamente.

Por otro lado, se pretende comparar la media obtenida por los padres y madres adoptantes en los cuestionarios de satisfacción vital FHM y SASS con la media de satisfacción vital de la población normal expuesta por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2015). La media obtenida por los padres y madres adoptantes equivale a una puntuación de 7'56 con una desviación típica de 1'1 en el cuestionario FHM. Asimismo, la media obtenida por el grupo adoptante en el cuestionario SASS de satisfacción vital equivale a 7'65 con una desviación típica de 1'45. Por otro lado, el CIS en un estudio realizado con una muestra de 2468 personas reporta una media de satisfacción vital del 7'08 con una desviación típica de 1'86 para la población normal. Por lo que la media de las familias adoptantes es superior al grupo control utilizando ambos cuestionarios, al menos con relación al FHM.

Por último, se pretenden analizar las correlaciones intra-grupo de la muestra de familias adoptantes respecto a salud y satisfacción vital. Los estadísticos (tabla 4) muestran una correlación positiva entre todas las dimensiones del cuestionario GHQ-28. En primer lugar, cabe destacar que se muestra una relación positiva entre la dimensión “Síntomas somáticos” y el resto de dimensiones: “Ansiedad e insomnio” $r=0'56$, $p<0'001$, “Disfunción social” $r=0'59$, $p<0'001$ y “Depresión” $r=0'54$, $p<0'001$.

En segundo lugar, la escala “Ansiedad e insomnio” se correlaciona positivamente con la escala “Disfunción social” $r=0'56$, $p<0'001$ y “Depresión” $r=0'38$, $p<0'001$. Por último, también se observa una correlación positiva entre “Disfunción social” y “Depresión” $r=0'52$, $p<0'001$.

En cuanto a los cuestionarios de satisfacción vital, ambos se correlacionan negativamente con todas las dimensiones del cuestionario GHQ-28. Por un lado el cuestionario SASS muestra una correlación negativa con la escala “Depresión” $r=-0'31$, $p<0'001$, “Ansiedad e insomnio” $r=-0'29$, $p<0'001$, “Disfunción social” $r=-0'2$, $p<0'05$ y “Síntomas somáticos” $r=-0'19$, $p<0'05$.

Por otro lado el cuestionario FHM también muestra una correlación negativa con la escala “Depresión” $r=-0.29$, $p<0'001$, “Ansiedad e insomnio” $r=-0'34$, $p<0'001$, “Disfunción social” $r=-0'28$, $p<0'05$ y “Síntomas somáticos” $r=-0'18$, $p<0'05$.

Tabla 4. Correlaciones intra-grupo entre indicadores de salud y de satisfacción vital (* $p<0.05$, ** $p<0.01$).

| | Síntomas somáticos | Ansiedad e insomnio | Disfunción social | Depresión |
|---------------------|--------------------|---------------------|-------------------|-----------|
| Ansiedad e insomnio | 0.56** | | | |
| Disfunción social | 0.59** | 0.56** | | |
| Depresión | 0.54** | 0.38** | 0.52** | |
| FHM | -0.18* | -0.34** | -0.28* | -0.29** |
| SASS | -0.19* | -0.29** | -0.2* | -0.31** |

Conclusiones

Tras llevar a cabo la comparación entre familias adoptantes y no adoptantes, se observa que las diferencias son significativas respecto a niveles de salud. Las familias adoptivas muestran mejores niveles salud teniendo en cuenta los síntomas somáticos, la ansiedad e insomnio, la disfunción social y la depresión. Estas diferencias significativas se mantienen al utilizar los tres métodos posibles de corrección del cuestionario de salud GHQ-28. Por lo que teniendo en cuenta tanto la cronicidad de los síntomas, la aparición de

nuevos síntomas, como la puntuación total de síntomas, se concluye que la población normal refiere peores niveles de salud que las familias adoptantes.

A su vez, es importante recalcar que estos datos se infieren de la opinión de los padres y madres adoptantes y no adoptantes sobre su propia salud. Lo que aporta contribuciones de carácter innovador, ya que la información de la que se dispone acerca de los propios padres y madres adoptantes es escasa.

Por otro lado, al comparar las medias obtenidas por las familias adoptantes en los cuestionarios de satisfacción FHM y SASS y la media obtenida por la población reportada por el boletín CIS (2015), se observa que las familias adoptantes refieren niveles más altos de felicidad. Estos datos coinciden con la bibliografía existente que defiende los altos niveles de satisfacción de las familias adoptantes (Berry, Barth y Needell, 1996; Fernández, 2004; Loizaga, 2009; Molina, Fuentes y Berrocal, 2012; Montserrat, 2008; Muñoz, Rebollo y Molina, 2005; Sánchez-Sandoval, 2011).

Teniendo en cuenta los altos grados de correlación intra-grupo obtenidos tanto entre las dimensiones del cuestionario de salud, como al compararlos con la satisfacción vital, se observa correlación positiva entre salud y satisfacción vital. Estos resultados corroboran estudios anteriores que defienden la alta relación y repercusión existente entre salud y satisfacción (Abarca, 2005; Frijters, Johnston y Shields, 2011; Lucas, 2007; Pagán-Rodríguez, 2010, 2011; Powdthavee, 2009; Sánchez, García, Valverde y Pérez, 2014; Strine, Chapman, Balluz, Moriarty y Mokdad, 2008).

Por lo que los resultados obtenidos muestran que desde el punto de vista de los propios padres y madres, los niveles de salud de las familias adoptantes son más altos, junto con los niveles de satisfacción vital, que a su vez, se correlacionan positivamente.

Referencias

- Abarca, A.B. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17 (4), 582-589.
- Amorós, P., Fuertes, J. y Pérez, P. (1996). La búsqueda de los orígenes de la adopción. *Anuario de Psicología*, 71, 107-119.
- Berástegui, A. (2011). Adopción internacional: ¿solidaridad con la infancia o reproducción asistida? *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 27.
- Berry, M., Barth, R.P. y Needell, B. (1996). Preparation, support, and satisfaction of adoptive families in agency and independent adoptions. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 3 (2), 157-183.
- Castle, J., Groothues, C., Colvert, E., Hawkins, A., Kreppner, J., Sonuga-Barke, E., Beckett, C., Kumsta, R., Schlotz, W., Stevens, S. y Rutter, M. (2009). Parent's evaluation of adoption success: A follow-up study of intercountry and domestic adoptions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79 (4), 522-531.
- DeCúneo, L.L.A., Pella, M.E.B., Castiñeira, E., Márquez, A.F., Felbarg, D.D. y Muchenik, J. (2007). Relaciones fraternas en la adopción. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 105 (1), 74-76.
- Fernández, M. (2004). Los estudios españoles sobre adopción y acogimiento familiar 1974-2004. *Boletín de Psicología*, 81, 7-31.
- Freixa, B.M. y Negre, M.C. (2014). El proceso de comprensión del origen: de la revelación a la búsqueda. *Informació Psicológica*, 98, 12-19.
- Frijters, P., Johnston, D.W. y Shields, M.A. (2011). Life satisfaction dynamics with quarterly life event data. *The Scandinavian Journal of Economics*, 113, 190-211.
- Gibbons, P., de Arévalo, H.F. y Mónico, M. (2004). Assessment of the factor structure reliability of the 28 item version of the general Health Questionnaire (GHQ-28) in El Salvador. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2), 389-398.
- Limiñana, A.R. (2009). Reflexiones acerca del proceso psico-social de valoración de idoneidad para la adopción de menores en la Comunidad Valenciana. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 16, 101-110.
- Loizaga, F. (2009). *Adopción internacional: ¿cómo evolucionan los niños, las niñas y sus familias? (Indicadores psicológicos y de salud en infancia adoptiva)*. Bilbao: Mensajero.
- Loizaga, F. (2010). *Adopción hoy: nuevos desafíos, nuevas estrategias*. Bilbao: Mensajero
- Loizaga, F. (2014). 15 ideas clave para entender la adopción en la actualidad. Reflexiones y sugerencias para el futuro de la adopción. *Familia. Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, 48, 79- 93.
- Lucas, R.E. (2007). Long-term disability is associated with lasting changes in subjective well-being: Evidence from two nationally representative longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 717-730.
- Montserrat, B.C., (2008). *Niños, niñas y adolescentes acogidos por sus familiares: ¿qué sabemos, qué conocemos?* Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departamento de Acción Social y Ciudadanía.
- Molina, M.F., Fuentes, M.J. y Berrocal, P.F. (2012). Predictores de la satisfacción parental en familias con hijos adolescentes adoptados. *Revista Mexicana de Psicología*, 29 (1), 49-56.
- Muñoz, I.M.B., Rebollo, M.J.F. y Molina, M.F. (2005). Percepción del grado de conflicto en familias adoptivas y no adoptivas. *Psicothema*, 7 (3), 370-374.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Joint meeting of experts on targets and indicators for health and well-being in Health 2020* [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/186024/e96819.pdf].

- Pagán-Rodríguez, R. (2010). Onset of disability and life satisfaction: Evidence from the German Socio-Economic Panel. *European Journal of Health Economics*, 11, 471-485.
- Pagán-Rodríguez, R. (2011). Longitudinal Analysis of the Domains of Satisfaction Before and After Disability: Evidence from the German Socio-Economic Panel. *Social Indicators Research*, 108 (3), 365-385.
- Palacios, J. (2009). La adopción como intervención y la intervención en adopción. *Papeles del Psicólogo*, 30 (1), 53-62.
- Parera, M. (1996). Reflexiones sobre la selección de padres adoptivos. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 71, 121-128.
- Powdthavee, N. (2009). What happens to people before and after disability? Focusing effects, lead effects, and adaptation in different areas of life. *Social Science and Medicine*, 69, 1834-1844.
- Román, M. y Palacios, J. (2011). Separación, pérdida y nuevas vinculaciones: el apego en la adopción. *Acción Psicológica*, 8 (2), 99-111.
- Román, M. y Palacios, J. (2012). Apego, adopción y escolaridad. *Padres y Maestros. Publicación de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales*, 339, 5-8.
- Rosas, M., Gallardo, I. y Angulo, P. (2000). Factores que influyen en el apego y la adaptación de los niños adoptados. *Revista de Psicología*, 9 (1), 145.
- Rosso, D. y Camacho del Río P. (2010). La búsqueda de orígenes en adopción: herramientas para avanzar en revelación. En F. Loizaga (Coord.), *Adopción hoy. Nuevos desafíos, nuevas estrategias* (pp. 333-350). Bilbao: Mensajero.
- Sánchez Elena, M.J., García Montes, J.M., Valverde Romera, M. y Pérez Álvarez, M. (2014). Enfermedad crónica: satisfacción vital y estilos de personalidad adaptativos. *Clínica y Salud*, 25 (2), 85-93.
- Sánchez-Sandoval, Y. (2011). Satisfacción con la adopción y con sus repercusiones en la vida familiar. *Psicothema*, 23 (4), 630-635.
- Sánchez-Sandoval, Y., León, E. y Román, M. (2012). Adaptación familiar de niños y niñas adoptados internacionalmente. *Anales de Psicología*, 28 (2), 558-566.
- Santamaría, D.F., Pacheco, A.M.R. y Agüero, A.C.V. (1993). Reflexiones en torno a la adopción. *Revista de Ciencias Sociales*, 57, 47-51.
- Silvero, M., Ochoa, B., García, E. y Sobrino, A. (2004). El proceso de selección de candidatos para la adopción internacional en Navarra. *Revista de Educación*, 334, 361-375.
- Singer, L.M., Brodzinsky, D.M., Ramsay, D., Steir, M. y Watters, E. (1985). Mother-Infant attachment in adoptive families. *Child Development*, 56, 1543-1551.
- Strine, T.W., Chapman, D.P., Balluz, L.S., Moriarty, D.G. y Mokdad, A.H. (2008). The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among U.S. community-dwelling adults. *Journal of Community Health*, 33, 40-50.

