

La Perspectiva Sanitaria de la Adopción Internacional

Autor: D. GONZALO OLIVÁN GONZALVO
Centro de Pediatría y Adopción Internacional de Zaragoza

1. - Visión sanitaria del incremento de la adopción internacional en España

1.1. - Las cifras.

En España, el fenómeno de la adopción internacional se ha incrementado de una forma exponencial durante la última década. El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, desde 1997, recopila los valores absolutos y las distribuciones porcentuales por continente y país de origen. El total de niños adoptados en el período 1997-2003 ha sido de 18.501 y procedían de 46 países, aunque seis de ellos suponen el 76% del total y se tratan de China (24%), Federación Rusa (18,5%), Colombia (12,4%), Ucrania (8,2%), Rumania (7,8%) e India (5,4%).

La adopción internacional es solicitada y llevada a término por todo tipo de ciudadanos, sin exclusión, aunque se observa que el perfil de los que adoptan en el extranjero *-85% parejas, el resto monoparentales principalmente mujeres-* es bastante semejante. Casi el 80% son personas entre 35-45 años, con un nivel educativo, profesional y de ingresos económicos medio o alto, con trabajo estable y vivienda propia, que solicitan adoptar sólo un niño menor de tres años. Todos solicitan que esté sano o presente problemas de salud recuperables a corto o medio plazo. No existe predilección sobre el género del menor a adoptar. Lo que ocurre es que en algunos de los principales países de origen, como China e India *-así como en países del Sudeste Asiático y África septentrional-*, las niñas sufren una fuerte discriminación y se encuentran en mayor riesgo al abandono. La elección de adoptar en China prácticamente implica la elección del sexo, ya que el 99% de los menores adoptables son niñas. Si se elige la India, la posibilidad de que sea niña es del 90%.

1.2. - Las causas.

Las causas del aumento de la adopción internacional en España son múltiples e

interrelacionadas. En primer lugar, se observa un incremento del número de parejas infértiles debido a la demora en la edad de matrimonio y la búsqueda del primer hijo. En segundo, por diversos motivos sociales, culturales y económicos, ha disminuido drásticamente el número de niños nacionales “sanos” para adoptar. En tercer lugar, la sociedad en su conjunto ha asumido la cultura de la adopción como otro medio normal de constituir una familia, produciéndose, además, un aumento de las adopciones altruistas y de la aceptación de las familias monoparentales y multirraciales. En cuarto, los adoptantes observan que los trámites para adoptar en el extranjero son, en general, más fáciles, los tiempos de espera más cortos, la posibilidad de adoptar un niño “sano” y menor de tres años muy alta, y el riesgo legal post-adopción por parte de los padres biológicos prácticamente inexistente.

A todo ello hay que añadir el papel de los diferentes medios de comunicación *-divulgando ampliamente la “disponibilidad” de niños de otros países para la adopción y “lo bien que funciona” el sistema-*, Internet *-como una gran herramienta para comunicarse y obtener información sobre todos los aspectos relacionados con la adopción internacional-*, las mejores y más estables relaciones diplomáticas con los países de origen, la facilidad para viajar, el mayor poder adquisitivo, los esfuerzos de las instituciones competentes en su apoyo, y las ayudas fiscales gubernamentales.

2. - Factores de riesgo sociosanitario de los niños procedentes de adopción internacional

Los niños adoptados en el extranjero tienen un alto riesgo de presentar problemas de salud física, del desarrollo neuromadurativo y psicopatológicos, por encontrarse expuestos a una serie de factores de riesgo sociosanitario entre los que podemos distinguir: factores generales de los países de origen, factores

previos a la institucionalización y factores durante la institucionalización.

2.1. – Generales de los países de origen.

Como factores de riesgo generales de los países de origen destacan la falta de respeto de los derechos del menor, la pobreza económica, la precariedad higiénico sanitaria, la deficiente infraestructura para la asistencia sanitaria, los problemas de salud ambiental *-contaminación atmosférica, radiación ionizante, uso de pesticidas, plumbismo-*, los problemas de salud prevalentes en la sociedad *-como el alcoholismo, la drogadicción o la prostitución-*, la existencia de enfermedades infecciosas endémicas *-tuberculosis, hepatitis B, paludismo, etc.-* y los problemas de salud determinados monogénicamente en determinadas razas o grupos étnicos *-como las talasemias, drepanocitosis o hemofilias-*.

2.2. – Previos a la institucionalización.

Como factores de riesgo previos a la institucionalización sobresalen la inexistencia de cuidados prenatales *-tanto de la salud de la madre como del control del embarazo-*, la existencia de maltrato prenatal *-por la presencia de infecciones de transmisión vertical, por el uso de drogas/alcohol y/o por el rechazo emocional durante la gestación-*, el hecho frecuente de nacer prematuro, de bajo peso y/o sin atención médica, el abandono desde temprana edad *-faltando las figuras parentales-*, la privación o la negligencia crónica en todas las áreas *-lo que se denomina maltrato de tipo pasivo, ya sea deliberado o no-*, el abuso físico, sexual y/o emocional o maltrato de tipo activo, la explotación laboral y la corrupción, la ausencia de hogar *-“niños de la calle”-*, el cuidado médico preventivo y/o terapéutico de sus enfermedades ausente o inadecuado, y los problemas de salud por recurrencia familiar de procesos que se heredan poligénicamente *-como algunos trastornos neuropsiquiátricos y neurosensoriales-* aspecto del que

habitualmente no hay constancia en los informes médicos del país de origen ya que los antecedentes familiares se desconocen, o si se conocen, no se hace referencia de ellos en dichos informes.

2.3. – Durante la institucionalización.

Como factores de riesgo durante la institucionalización prevalecen, en primer lugar, el hecho de vivir en un entorno inapropiado, con ambientes y espacios inadecuados, con malas condiciones higiénicas, con unas ratios cuidador/niño muy bajas, con múltiples cuidadores provocando una falta de vinculación y estando expuestos a enfermedades contagiosas del adulto; y en segundo lugar, el hecho de recibir unos cuidados inadecuados caracterizados por una privación nutricional cuantitativa y/o cualitativa, por una privación afectiva y psicosocial, por negligencias y/o abusos, y por una atención médica preventiva y curativa ausente, limitada o no especializada.

3. – Fases sanitarias en la adopción internacional

3.1. - Fase primera. La consulta pre-adoptiva.

Partiendo de la base de que, en principio, todos los niños procedentes de adopción internacional presentan factores de riesgo sociosanitario, los futuros padres deberían poner todos los medios posibles para minimizar el riesgo y para ello, dentro de los mecanismos sanitarios, es fundamental realizar una consulta médica especializada pre-adoptiva.

En esta consulta médica los futuros padres pueden ser asesorados e informados sobre los problemas de salud que con mayor frecuencia presentan estos niños y los específicos según el país de origen, los datos de interés médico y sociosanitario que se deben obtener del menor asignado, cómo obtener dichos datos y cómo obtener

imágenes técnicamente válidas para una evaluación y estudio pre-adoptivo si *-así lo desea la familia-*, y sobre aspectos sanitarios y de inmunización para viajes internacionales. Así mismo, cuando disponen de informes médicos del menor asignado *-incluso videos y fotografías-* pueden ser informados sobre su estado de salud y asesorados sobre los posibles riesgos.

3.1.1. – Los problemas de salud.

Es necesario explicar a la familia pre-adoptiva los potenciales problemas de salud que puede presentar un niño adoptado en el extranjero. Los problemas de salud de los niños procedentes de adopción internacional se relacionan fundamentalmente con la existencia de los factores de riesgo sociosanitario que hemos analizado previamente en el apartado 2. A estos factores hay que añadir, en muchos casos, la inmunosupresión secundaria a la malnutrición, las condiciones de vida de subsistencia, la falta de estímulos durante su permanencia en la institución y los efectos a largo plazo de la institucionalización.

Entre los problemas de salud **muy frecuentes** *-detectados en más del 30% de los casos, pero con una amplia variabilidad según el país de origen-* sobresalen los retrasos y trastornos leves o moderados del desarrollo neuromadurativo *-global o de áreas específicas-*, crecimiento físico y estado nutricional *-fallo de medro, malnutrición, anemia ferropénica-*, los problemas en la alimentación, las inmunizaciones ausentes, incompletas o que no crearon títulos de anticuerpos protectores, y las enfermedades infecciosas entre las que destacan las infecciones respiratorias agudas y las parasitosis intestinales.

Entre los problemas de salud **relativamente frecuentes** *-entre el 15-30% de los casos-* sobresalen las enfermedades dermatológicas, los problemas dentales, las intolerancias alimentarias, trastornos específicos del

desarrollo madurativo *-adaptación social, control esfinteriano, sueño, aprendizaje escolar, etc.-*, y los trastornos perinatales relacionados con prematuridad, tabaquismo, pobre nutrición y ausencia de cuidados prenatales de la madre.

Entre los problemas de salud **poco frecuentes** *-entre el 5-15% de los casos-* sobresalen los trastornos severos del crecimiento físico y de la nutrición *-talla muy baja, raquitismo, déficits de vitaminas y oligoelementos, marasmo-*, trastornos psicopatológicos *-"síndrome del niño post-institucionalizado"*, desórdenes del desarrollo neurológico y madurativo relacionados con el consumo prenatal de alcohol, inexactitud de la edad cronológica, alergias alimentarias, asma bronquial *-por hiperreactividad inespecífica o alergia a neumoalergenos-*, trastornos perinatales relacionados con hipoxia intrauterina crónica, infección intrauterina, anoxia perinatal y consumo de drogas, fármacos u otras sustancias durante la gestación, disfunción de la glándula tiroidea, trastornos del desarrollo puberal *-pubertad precoz, temprana o retrasada-*, trastornos ortopédicos, trastornos de los ojos/visión y de los oídos/audición, enfermedades infecciosas infección tuberculosa latente, *-infección aguda, crónica o resuelta por el virus de la hepatitis B-*, anemias por hemoglobinopatías, e intoxicación crónica por plomo.

Entre los problemas de salud infrecuentes *-menos del 5% de los casos-* sobresalen los trastornos psicopatológicos severos *-estrés postraumático, depresión mayor, síndrome autístico-*, anomalías congénitas prenatales, síndrome alcohólico fetal en su máxima expresión, enfermedades infecciosas *-tuberculosis activa, sífilis congénita y adquirida, intestinales bacterianas, urinarias, por los virus de la hepatitis C y A, por el virus de la inmunodeficiencia humana, paludismo, e infecciones congénitas por citomegalovirus, toxoplasma y rubéola-*, hemofilias, y enfermedades post-exposición a radiación nuclear o pesticidas.

3.1.2. – Los datos a obtener.

Hay que tener presente que la información médica disponible de los niños asignados para adopción internacional, en muchos casos, es deficiente. Por ello, los padres que han decidido llevar a cabo una adopción internacional deben obtener, por el medio que sea, el mayor número posible de datos sociosanitarios del menor. Conocer de antemano dichos datos es de interés para evaluar de una forma más aproximada su estado de salud física y mental, así como para identificar factores de riesgo sanitarios que pudieran afectarle a lo largo de su vida.

Los datos de interés médico más importantes que se deben obtener de un niño que va a ser adoptado en el extranjero son: fecha y lugar de nacimiento; edad, motivo, lugar y tiempo de institucionalización; antecedentes perinatales y neonatales *-como edad gestacional, tipo de parto, test de Apgar, peso, talla y perímetro cefálico, cribado de endocrino-metaboloopatías congénitas-*, así como la existencia de patologías al nacimiento y el tratamiento administrado; evolución longitudinal del crecimiento físico y del desarrollo psicomotor y neurosensorial, con datos actualizados; enfermedades padecidas antes y durante su estancia en la institución y las que padece en la actualidad con las pruebas de laboratorio, evaluaciones médicas, intervenciones quirúrgicas, transfusiones de sangre y/o tratamientos médicos realizados; resultados y fechas de los estudios serológicos realizados frente a VIH-SIDA, hepatitis B, hepatitis C y sífilis, así como de la intradermorreacción de Mantoux; existencia de alergias, intolerancias a medicamentos o alimentos, y las vacunas administradas. También es de interés obtener información sobre hábitos de alimentación, higiene, juego, sueño y control de esfínteres, así como de aspectos de la conducta, del desarrollo socioemocional y del lenguaje. No olvidar que la obtención de información sobre los antecedentes sociosanitarios disponibles de la familia biológica del niño, especialmente

de la madre, pueden servir para identificar factores de riesgo.

Finalmente, la realización de material audiovisual del niño puede ser útil para la identificación de retrasos o trastornos del desarrollo neuromadurativo, signos de alarma de enfermedad neurológica o sensorial, síndromes genéticos y dismorfológicos, anomalías congénitas, deformidades o displasias óseas, trastornos ortopédicos, enfermedades dermatológicas y trastornos dentales, entre otras patologías.

3.1.3. – El viaje al extranjero.

En la medida de lo posible, la familia pre-adoptiva debe recibir información sobre todos los aspectos relacionados con el viaje que va a emprender, incluyendo la identificación de riesgos, el modo de evitarlos, el cumplimiento de los medios preventivos factibles y la orientación acerca de los lugares o instituciones a los que acudir en caso necesario.

En general, el riesgo de adquirir una enfermedad transmisible depende del país visitado, las condiciones del viaje, la duración de éste, la estancia en zona rural o urbana y de otros factores personales, tales como edad, sexo, inmunizaciones previas, estado de salud actual y antecedente de enfermedades previas. En dependencia de dichos factores y del tiempo disponible hasta el inicio del viaje, se recomendará una pauta individualizada de vacunaciones.

Dado que los trámites y duración del viaje de regreso pueden ser prolongados, es útil que los padres pre-adoptivos lleven de su país de origen lo indispensable *-botiquín médico de viaje-* para los cuidados básicos del niño y una serie de medicamentos para resolver los problemas más frecuentes. Esta información debe ser proporcionada por escrito, especificando la dosificación del medicamento y la enfermedad para la que se debe administrar. También es útil disponer

de un teléfono de contacto con un pediatra especializado para consejos urgentes.

3.1.4. – Evaluando el material recopilado.

La evaluación e interpretación de los datos que ofrece el informe médico de los niños asignados para adopción internacional debería servir para identificar la existencia de problemas médicos pasados y presentes, la necesidad presente o futura de evaluaciones médicas y tratamientos médicos o quirúrgicos, y la existencia de factores de riesgo que pueden afectar su desarrollo a largo plazo o de manera irreversible.

Sin embargo, los informes médicos pre-adoptivos que llegan a España procedentes de los países de origen suelen ofrecer una información escasa e incompleta y, en muchas ocasiones, confusa, errónea, adulterada u ocultando datos. Respecto a su calidad, generalizando, podríamos catalogarlos como “aceptables” los procedentes de India y países Ibero-americanos, “limitados” los elaborados en países del Sudeste de Asia, “deficientes” los procedentes de China y países del Este de Europa, y “muy deficientes” los elaborados en Rusia. En particular, los elaborados en Rusia y países de la antigua Unión Soviética se caracterizan principalmente por mencionar numerosos diagnósticos, la mayoría de índole neurológica, utilizando una terminología diferente a los conceptos diagnósticos utilizados en la medicina occidental, y especialmente en el área de neurología, que sugieren la existencia de una patología seria del sistema nervioso central. Estos diagnósticos no se suelen acompañar de una descripción de los signos, síntomas, pruebas complementarias o tratamientos que los sustentan. Además, es muy frecuente la falta de datos sobre los antecedentes sociosanitarios familiares, la salud de la madre durante el embarazo y el control del mismo, y del período perinatal. A todo ello, hay que añadir las traducciones incompletas o incorrectas.

Debido a esto, se considera que la simple evaluación e interpretación del informe médico pre-adoptivo elaborado en países como Federación Rusa, China, Ucrania y otras antiguas ex-repúblicas Soviéticas, no es suficiente para conocer la salud física y mental real del menor. Por ello, muchas familias pre-adoptivas conocedoras de esta problemática, con independencia de la información médica que reciban del país de origen, optan por obtener personalmente aquellos datos sociosanitarios e imágenes audiovisuales que permitan completar las piezas del “puzzle” y con el material recopilado, a través de profesionales expertos, poder evaluar con mayores garantías el estado de salud de su futuro hijo y, sobre esta base, poder tomar decisiones con fundamentos.

La adopción es un medio de protección en el que debe primar el interés superior del niño. Pero adoptar a un niño es un ejercicio serio de responsabilidad. La mayoría de las familias españolas que deciden adoptar en el extranjero asumen que su futuro hijo llegue con problemas de salud física o mental recuperables a corto o medio plazo, pero son muy pocas las que se preparan y asumen la adopción de un niño con una enfermedad crónica irreversible o discapacitante, especialmente si es de tipo neurosensorial. La llegada de un menor con un trastorno de salud física o mental grave a una familia que no aceptó en su solicitud la existencia de dichos trastornos y que, además, no está preparada para ello, va a provocar situaciones de inadaptación. Para adoptar niños con discapacidades, no hace falta salir de España. Por desgracia los niños con discapacidades o problemas graves de salud han sido adoptados por familias que no fueron informadas correctamente en el país de origen sobre los antecedentes sociosanitarios del niño y/o que no fueron preparadas y asesoradas por su entidad colaboradora de adopción internacional, la administración competente u otros profesionales independientes. Estas familias han sido emocionalmente destrozadas y, a un buen

número de ellas, se les ha provocado un quebranto económico, problemas matrimoniales, perjuicios a los hermanos adoptivos, situaciones de maltrato o negligencia hacia el niño adoptado y fracaso de la adopción.

2.2. - Segunda fase. La evaluación médica inicial.

La evaluación médica inicial post-adopción internacional no debería demorarse más de 7-10 días tras la llegada de menor y lo ideal es que se realizara en los 3 primeros días, sobre todo si tenemos en cuenta que las enfermedades infecciosas están presentes hasta en un 35% de los niños y existe la posibilidad de transmisión de una enfermedad infecciosa a otros miembros de la familia o a la comunidad. Además, un 10-15% de los niños presenta problemas médicos serios no reconocidos o sospechados antes de la adopción.

Por ello, en el niño adoptado en el extranjero es indispensable reconocer precozmente los problemas de salud física y mental ya existentes, y corregirlos apropiadamente. El fracaso en la identificación e intervención precoz de estos problemas no sólo puede afectar adversamente su calidad de vida en el futuro desarrollo físico, emocional e intelectual, sino que también puede conducir a incrementar las dificultades de adaptación a su familia adoptiva.

Respecto a la evaluación médica inicial, podemos diferenciar la que se recomienda realizar “a todos los niños” y la que se recomienda realizar “a algunos niños” en dependencia de su edad, país de origen, informes médicos previos, síntomas clínicos y/o datos del examen clínico-analítico inicial.

2.2.1.- La evaluación médica inicial **recomendada a todos los niños** adoptados internacionalmente debería incluir una exploración física completa, una evaluación del crecimiento, del estado de nutrición, del

desarrollo psicomotor, del estado de inmunización y de la agudeza visual y auditiva, una búsqueda de secuelas de posible maltrato físico, sexual y/o emocional a través de indicadores físicos y comportamentales, y una serie de pruebas de cribado de laboratorio que incluyen hematimetría completa, hierro y ferritina séricos, bioquímica hepática y renal, bioquímica y sedimento de orina, parásitos y huevos en heces, serología de sífilis, serologías para los virus de la inmunodeficiencia humana, hepatitis B y hepatitis C, y prueba de Mantoux para tuberculosis, recomendando la repetición de estas dos últimas pruebas a los 6 meses para descartar el periodo de incubación de un posible contagio previo no diagnosticado.

2.2.2.- La evaluación médica inicial **recomendada a algunos niños** adoptados internacionalmente incluiría, además, la evaluación de la dentición y del desarrollo puberal *-cuando proceda según la edad-*, la evaluación de la edad cronológica cuando existan dudas de la edad real del menor y, en dependencia de la edad, país de origen, informes médicos previos, síntomas clínicos y/o datos del examen clínico-analítico inicial, la realización de exámenes por subespecialistas pediátricos y otras pruebas de cribado de laboratorio, entre las que se incluyen por su frecuencia y relevancia el estudio de hemoglobinopatías, urocultivo, coprocultivo, antígeno de Giardia lamblia, cribado de raquitismo, plumbemia, serología del virus de la hepatitis A, serologías vacunales, cribado endocrino-metabólico, función tiroidea, investigación de plasmodium, citomegalovirus, toxoplasmosis y rubéola, y pruebas de confirmación cuando las serologías a los virus de la inmunodeficiencia humana, hepatitis B y C o para sífilis resultaron positivas.

3.3.- Fase tercera. El seguimiento.

Es muy recomendable realizar un seguimiento de todos los niños adoptados en el extranjero. Este seguimiento debería ser multidisciplinar

y sistematizado, y estar coordinado por el pediatra responsable del menor ya que es el profesional con el que toma primer contacto y su relación se va a prolongar hasta la adolescencia.

Desde un **ámbito multidisciplinar** -*médico y psicopedagógico*-, se debería realizar el seguimiento de los problemas de salud detectados en la evaluación médica inicial, de las respuestas a los tratamientos administrados, de la tolerancia y efectos positivos o negativos de la nueva alimentación, de la evolución longitudinal del crecimiento, estado nutricional y desarrollo psicomotor / neuromadurativo -*observando si se produce la recuperación esperada de los retrasos existentes*-, de la evolución del desarrollo de la visión, audición, dentición y pubertad, de la correcta administración de inmunizaciones, y de la posible aparición de problemas de salud física y/o mental -*afectivo-emocionales, del comportamiento, de adaptación social y/o psicopatológicos*- previamente no detectados o nuevos.

3.3.1.- Respecto a los **problemas de salud física y del desarrollo psicomotor** / neuromadurativo que con mayor frecuencia se detectan en estos niños tras su evaluación médica inicial, habitualmente se han solucionado o recuperado tras el primer año de convivencia con la familia adoptiva. Sin embargo, hay que tener presente que un porcentaje nada despreciable de estos niños presenta serios problemas de salud no recuperables -*en muchas ocasiones no detectados, reconocidos o sospechados antes de la adopción*-, entre los que destacan trastornos neurosensoriales -*visión y/o audición*-, anomalías congénitas prenatales, endocrinopatías, hemoglobinopatías, infecciones por los virus de la hepatitis B o C, síndrome alcohólico fetal y trastornos globales y severos del desarrollo neuromadurativo..

3.3.2.- En cuanto a los **problemas de salud mental**, la mayoría de los niños adoptados

en el extranjero no presentan secuelas psicológicas o únicamente manifiestan leves trastornos afectivo-emocionales y del comportamiento que desaparecen espontáneamente en las primeras semanas o meses de convivencia en el nuevo hogar.

3.3.2.a.- En lo que concierne a los *trastornos afectivo-emocionales*, se aconseja que desde el primer contacto con el niño, lo padres le ofrezcan cariño y entrega, pero que tengan paciencia, sean prácticos y eviten el estrés. En los primeros momentos, es frecuente que los padres estén preocupados porque sus afectos se vean rechazados. Deben tener presente que el niño puede no asimilar una situación muy afectiva porque nunca antes la había recibido o porque su área cognoscitiva no la percibe con claridad, lo que le provoca una reacción de “estar a la defensiva”. Los padres deben ser concedores y estar preparados para esta potencial experiencia provocativa del menor. Solo cuando esta “actitud defensiva” del niño se prolonga en el tiempo se hace necesaria una evaluación por expertos.

3.3.2.b.- Dentro de los *trastornos del comportamiento*, los problemas en la alimentación es uno de los trastornos más frecuentemente observados en los niños recién llegados a un nuevo hogar procedentes de una adopción internacional. Hasta un tercio de los niños, especialmente los procedentes de orfanatos, presentan problemas con la alimentación caracterizados por comer demasiado, acaparar y esconder alimentos, tragar sin masticar, malos modales al comer, rechazar los alimentos por sus texturas -*especialmente los sólidos*- y olores, dieta muy repetitiva, etc. Debemos tener presente las experiencias pasadas por estos niños -*muchos han pasado hambre o nunca han experimentado la sensación de saciedad, creando conductas de supervivencia para conseguir comida*- y que los orfanatos no suelen ser los lugares más indicados para desarrollar unos hábitos correctos de alimentación. Estos problemas en la

alimentación pueden durar algún tiempo llegando a crear tensiones en la familia. Tiempo, paciencia, cariño, e introducción gradual de texturas y nuevos grupos de alimentos ayudará a la mayoría de los niños, pero algunos pueden necesitar consejo y terapia profesional.

3.3.2.c.- De cualquier forma, hay que tener presente que algunos niños pueden presentar graves trastornos emocionales y psicopatológicos. En aquellos niños con una historia de institucionalización prolongada, que han sufrido malos tratos y/o que han sido adoptados por encima de los 6 años de edad, se observa con relativa frecuencia el denominado *“síndrome del niño post-institucionalizado”*. Este “síndrome” está originado por la confluencia de diversos factores negativos en edades muy tempranas, como carencias en la alimentación, afectividad, cuidados, supervisión, estimulación sensorio-motora y atención sanitaria. En los niños mayores, se añade la carencia de experiencias educativas. Este “síndrome” se puede manifestar por la presencia de trastornos de la conducta, trastornos del sueño, trastorno reactivo de vinculación, retraso global o de áreas específicas del desarrollo psicomotor, dificultades de aprendizaje, déficits cognoscitivos y retrasos del lenguaje. Los casos más graves pueden manifestar, además, trastorno de estrés post-traumático, trastorno de déficit de atención con / sin hiperactividad y trastorno de depresión mayor. Hay que tener presente que, en un número significativo de estos menores, las manifestaciones clínicas del “síndrome del niño post-institucionalizado” pueden estar enmascaradas o agravadas por la existencia de secuelas psicopatológicas debidas a una exposición prenatal al alcohol u otras sustancias y a una intoxicación crónica por plomo o pesticidas por exposición ambiental postnatal.

3.3.3.- Referente a los problemas de **adaptación social**, en particular en cuanto

a su escolarización, de la misma forma que se pueden producir problemas de adaptación en el nuevo hogar, también se pueden producir problemas de adaptación en la escuela. De hecho, estos problemas se observan con mayor frecuencia, y especialmente en aquellos niños adoptados por encima de los 4 años de edad. Estos problemas de adaptación escolar se deben fundamentalmente a los déficits cognoscitivos que acarrear, a comportamientos de aislamiento y autoprotección adquiridos durante la institucionalización, y a retrasos en la adquisición y desarrollo del nuevo idioma. Por ello, se aconseja que la introducción en la sociedad y, en particular, en el sistema escolar, debe ser gradual y ocurrir en el transcurso de semanas o meses *-según las características de cada niño-*, ya que el enviar a un menor post-institucionalizado inmediatamente a la escuela puede ser causa de problemas de socialización. También se recomienda que en cuanto se detecten los primeros problemas de adaptación escolar se tomen precozmente medidas de apoyo pedagógico, logopédico y/o psicológico. Solo cuando estos problemas se prolongan en el tiempo se hace necesaria una evaluación profunda y específica por expertos.

3.3.4.- Respecto a este seguimiento multidisciplinario, **no se debería incluir en la misma categoría a los niños adoptados en el extranjero con los niños inmigrantes**. Ni desde la perspectiva sanitaria, y tampoco desde la psicopedagógica y socioeducativa. A diferencia de los niños procedentes de adopción internacional, los inmigrantes procedentes de países en desarrollo se han socializado de forma normalizada, vienen con su familia biológica *-manteniendo el idioma, cultura y costumbres-*, y migran fundamentalmente por motivos económicos o políticos que afectan a sus padres e indirectamente a ellos. Los niños inmigrantes, al igual que los adoptados en el extranjero, por el hecho de proceder de países en desarrollo pueden presentar problemas de

salud por la existencia de enfermedades infecciosas endémicas, problemas de salud ambiental, e inadecuado cuidado médico preventivo y/o terapéutico de sus enfermedades. Sin embargo, los inmigrantes no van a presentar problemas de salud física o mental relacionados con los factores de riesgo previos y causantes de una institucionalización y, desde luego, ningún problema relacionado con la experiencia de una institucionalización más o menos prolongada, ni las secuelas o los trastornos que pueden surgir en los niños post-institucionalizados. Tampoco tendrán problemas de vinculación y adaptación a una nueva familia, como puede ocurrir en los adoptados. Todas estas características diferenciales entre un niño inmigrante y un adoptado en el extranjero, son las que hacen que éstos últimos sean considerados de mayor riesgo sociosanitario y que precisen de un control y seguimiento de tipo multidisciplinar y más duradero en el tiempo.

4. - Tendencias en el ámbito sanitario respecto a la adopción internacional

Todos los aspectos relacionados con la adopción internacional, incluidos los aspectos médicos, requieren una especial sensibilidad y unos conocimientos específicos. Muchas familias adoptivas y especialistas en adopción internacional han observado que las recomendaciones y evaluaciones de salud pre y post-adoptivas son fundamentales para que la adopción tenga éxito. Por ello, estas recomendaciones y evaluaciones médicas deberían ser realizadas por pediatras expertos -o con amplios conocimientos- en adopción internacional, o en colaboración con éstos.

4.1. – Papel y posicionamiento.

El pediatra, previamente formado, puede jugar un papel y tomar posicionamiento durante todo el proceso de una adopción internacional. Durante la fase pre-adoptiva, debería asesorar a los futuros padres sobre los problemas de

salud que con mayor frecuencia presentan, habilidades para la correcta crianza y supervisión, conocimientos del desarrollo madurativo, aspectos sanitarios, epidemiológicos y de inmunización para viajes internacionales, etc. Durante la fase de asignación, debería asesorar sobre los datos y antecedentes sociosanitarios de interés que se deben obtener del menor, explicar el estado de salud sobre la base de los informes médicos aportados desde el país de origen, y corroborar, a través de diferentes mecanismos, que el estado de salud física y mental es acorde con el que se dictamina en dichos informes. Durante la fase post-adopción, además de evaluar el estado de salud a su llegada, el pediatra debería liderar el equipo multidisciplinar de seguimiento para realizar una atención sociosanitaria integral y duradera.

4.2. – Formación y perfil curricular.

Es necesario poseer una formación específica y una sensibilidad especial para atender adecuada y correctamente todas las necesidades de una familia durante las fases pre-adoptiva y de asignación de su futuro hijo, así como para atender al niño adoptado internacionalmente. Los pediatras que han adquirido experiencia en adopción internacional se han auto-formado por pura necesidad asistencial, al percatarse de las peculiaridades sociosanitarias específicas que rodean el tema. Por lo general, se tratan de profesionales con un amplio bagaje en pediatría social de ámbito nacional -especialmente en las áreas de protección de menores, acogimiento, adopción, e inmigración- y/o en infecto-parasitología. La formación de nuevos pediatras se podría adquirir a través de contactos profesionales con los ya experimentados.

Respecto al perfil curricular, desde el punto de vista general, es necesario adquirir conocimientos básicos sobre la psicología del adulto involucrado en una adopción internacional, el proceso para

adoptar en el extranjero y las características según país, y tocante a los diferentes países de origen, sobre la problemática social, epidemiología y cambios de tendencias epidemiológicas de los problemas de salud, características de los sistemas de protección a la infancia y funcionamiento de sus instituciones, características del sistema sanitario, terminología utilizada en los informes médicos, etc. Desde el punto de vista curricular médico, además de una buena base de pediatría general y social, es necesario adquirir experiencia sobre el maltrato prenatal y sus consecuencias, secuelas del maltrato y negligencia cronicada, patología del niño institucionalizado y del adoptado post-institucionalizado, así como profundizar en ciertas áreas como dismorfología, infecto-parasitología, dermatología, neurodesarrollo, crecimiento y nutrición, etc. Adquirir esta formación no es fácil. Además, no basta con prepararse curricularmente si luego no se tiene la posibilidad de practicarlo todos los días.

4.3. – Protocolos médicos.

El establecimiento, a escala nacional, de unos protocolos médicos con respecto al niño adoptado internacionalmente, sin duda, mejoraría su atención sanitaria. Estos protocolos para el estudio, control y seguimiento podrían tener una vertiente general para todo niño adoptado internacionalmente, y una específica según el país de origen y edad en el momento de la adopción. Pero tan importe o más, sería el establecimiento de un protocolo pediátrico, homologado por países mediante los correspondientes acuerdos bilaterales, con el objetivo de que todos los niños llegaran con unos informes médicos y unos exámenes complementarios exhaustivos y fiables que garantizaran su estado real de salud. Con ello, en la fase de asignación pre-adoptiva, se evitarían situaciones de angustia de los adoptantes y muchos trámites de ampliación de información sociosanitaria. Tras su llegada, se evitaría tener que repetir todos los

exámenes complementarios y la sorpresa de diagnósticos de problemas serios de salud insospechados.

4.4. – Cronograma.

A finales de los 90, cuando los adoptados en el extranjero eran pocos y dispersos en la geografía española, fueron muchos los niños a los que no se les realizó estudio y seguimiento alguno debido a que los pediatras extra-hospitalarios desconocían cómo atenderlos adecuadamente y en el ámbito hospitalario no existían servicios especializados. En los últimos cuatro años, con el incremento exponencial de la adopción internacional y la aparición de las primeras publicaciones pediátricas informando sobre el tema en nuestro país, la mayoría de los pediatras extra-hospitalarios ven ya a estos niños como un grupo de riesgo sociosanitario, aunque este riesgo pueda ser temporal, y en el ámbito hospitalario surgen las primeras unidades especializadas en su estudio.

No obstante, quedan asignaturas pendientes. Hoy día, son escasos los pediatras con experiencia que dedican todo o buena parte de su tiempo al estudio, control y seguimiento de estos niños. Además, en el sistema público, debido a problemas administrativos y a la presión asistencial, no pueden realizar o dedicar el tiempo necesario para un correcto asesoramiento a las familias durante las fases pre-adoptiva y de asignación. Tampoco suelen estar incorporados en los equipos multidisciplinares, creados por las instituciones gubernamentales competentes en la materia, que informan y preparan a las familias adoptivas y que realizan el seguimiento post-adoptivo del menor.

4.5. - La Comisión Especial del Senado.

A finales de 2003, la Comisión Especial sobre la adopción internacional del Senado de España, a la vista de las sesiones celebradas con la comparecencia de autoridades y expertos, ha emitido sus conclusiones y han

formulado 25 recomendaciones en los ámbitos normativo y de las administraciones competentes, y en relación con las entidades colaboradoras de adopción internacional.

Entre las recomendaciones formuladas en las que puede estar involucrado el ámbito sanitario, destacan:

- La creación y regulación del Consejo Consultivo de adopción internacional como órgano de participación y colaboración con las administraciones públicas competentes de todos los sectores sociales afectados.
- La adopción de las medidas legislativas necesarias para que el derecho a la información de los solicitantes de adopción internacional tenga efectividad a lo largo de la tramitación de todo el procedimiento.
- La mejora de los procedimientos de información y formación establecidos por las

administraciones competentes para los posibles solicitantes de adopción internacional, con el fin de que éstos tomen sus decisiones al respecto con pleno conocimiento de causa y madurez.

- El establecimiento de un protocolo médico-pediátrico, homologado por países, mediante los correspondientes acuerdos bilaterales, procurando asimismo la adecuada atención sanitaria en España a los menores adoptados según las especificidades de sus países de origen.

Desde el ámbito sanitario se considera que las recomendaciones formuladas por la Comisión Especial sobre la adopción internacional del Senado de España son acertadas, necesarias y deberían establecerse con la mayor brevedad posible.

REFERENCIAS

Oliván Gonzalvo G. *Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas*. An Esp Pediatr 2001; 55: 135-40.

Oliván Gonzalvo G. *Adopción Internacional. La Consulta Médica Preadopción*. Niños de Hoy 2002; 2: 36-9.

Oliván Gonzalvo G. *Adopción Internacional* (5ª ed.). Fistera.com. Guías Clínicas. Junio, 2003.

Oliván Gonzalvo G. *Comparecencia de D. Gonzalo Oliván Gonzalvo ante la Comisión Especial sobre la adopción internacional del Senado de España*. Rev Pediatr Aten Primaria 2003; 20: 675-82.

Oliván Gonzalvo G. *La adopción internacional requiere protocolos médicos comunes*. Diario Médico 2003; 6: 27.

Oliván Gonzalvo G. *Adopción internacional en Aragón. La salud de los niños*. Niños de Hoy 2003; 9: 47.

Oliván Gonzalvo G. *Diagnósticos neurológicos en los informes médicos preadoptivos de Rusia*. Rev Neurol 2003; 37: 1009-13.

Oliván Gonzalvo G. *Adopción internacional. Presentación ante la Comisión Especial del Senado*. Cuadernos de Pediatría Social 2003; 3: 3-6.

Informe de la Comisión Especial sobre la adopción internacional (650/000006). *Boletín Oficial de las Cortes Generales, Senado, VII Legislatura, Serie 1: Boletín General, 9 de diciembre de 2003, n.º 775; p. 1-170*.

Oliván Gonzalvo G. *Rusia: informes médicos preadoptivos*. Niños de Hoy 2004; 11: 22-6.

Oliván Gonzalvo G. *Características de la adopción internacional en España: tendencias en el ámbito profesional*. Cuadernos de

Pediatría Social 2004; 5: 8-10.

Comisión de Salud de ATLAS y CORA. *Encuesta Estatal de Salud en Adopción 2004*. Septiembre, 2004.

Oliván Gonzalvo G. *Adopción internacional en Rusia: ¿un riesgo añadido?* An Pediatr (Barc) 2004; 61: 344-5.

Oliván Gonzalvo G. *Niños adoptados en otros países y su adaptación al nuevo entorno*. Entrevista Universidad Internacional de Cataluña. Noviembre, 2004.

Oliván Gonzalvo G. *Síndrome Alcohólico Fetal: qué hacer*. Niños de Hoy 2004; 14: 38-40.