

la familia como agente de salud



DOCUMENTACIÓN • Nº 63

La adopción internacional y situación actual en España

1 de junio 2015

-La adopción internacional. S. Alberola López, Centro de Salud Jardinillos, Palencia.

-M. García López Hortelano. *Servicio de Pediatría Hospitalaria, Enfermedades Infecciosas, Patología Tropical, Adopción Internacional y Consulta del Niño Viajero, Hospital Universitario Infantil La Paz, Madrid.*

-M.J. Mellado Peña. *Servicio de Pediatría Hospitalaria, Enfermedades Infecciosas, Patología Tropical, Adopción Internacional y Consulta del Niño Viajero, Hospital Universitario Infantil La Paz - Hospital Carlos III, Madrid.*

Parte I

La adopción internacional

La adopción internacional es un fenómeno social que comenzó en nuestro país a finales de los años 90 y tuvo su máxima expresión en la primera década del siglo XXI, colocando a España en el segundo puesto mundial en número de adopciones, tras los Estados Unidos de América. En la actualidad, la tendencia se ha moderado por circunstancias diversas (económicas, burocráticas, políticas, etc.).

Transcurridos estos años, ya es posible observar la realidad de la adopción, o mejor aún, de los niños adoptados, con una cierta perspectiva, con el sosiego que proporciona el paso del tiempo y el asentamiento de las cosas. Y querría hacerlo en primera persona.

Trabajo como pediatra de Atención Primaria en una pequeña ciudad castellana. Cuando empezaron a llegar niños de adopción internacional, tuve que afrontar una realidad desconocida para mí. Por un lado, estaban unos niños recién llegados de amplias zonas del mundo con un mayor riesgo de presentar alteraciones de salud, por varios factores: unos, asociados a las condiciones de sus países de origen (pobreza, insalubridad, etc.); otros, a la situación del niño previa al abandono (cuidados pre y perinatales, malnutrición, abuso); y, finalmente, a los que se producen durante la estancia en las instituciones (en general, entorno y cuidados inadecuados). Por otro lado, y junto a ellos, estaban unos adultos maduros y conscientes que se habían convertido en padres/madres tras una peripecia personal larga y a menudo llena de obstáculos y dificultades. En algunos casos ya nos conocíamos por visitas pre-adoptivas, llamadas telefónicas desde los países de origen, consultas con fotos y vídeos tomadas en los orfanatos, etc. pero en otras ocasiones era nuestro primer encuentro. Mi preocupación inmediata era tratar de responder de forma adecuada a las necesidades de los niños y las familias, buscando formación para ampliar mis conocimientos y habilidades en este nuevo campo de actuación como pediatra.

Afortunadamente, desde esos momentos iniciales pudimos contar con documentos y guías de gran utilidad para la práctica diaria, que nos ayudaron a todos para evolucionar de una asistencia intuitiva a una atención más completa y protocolizada.

Toda la literatura científica nacional e internacional disponible, cada vez más abundante, ponía de manifiesto la necesidad de centrarse en los aspectos relacionados con la malnutrición y las enfermedades carenciales, las infecciones y las parasitaciones, las inmunizaciones, las alteraciones sensoriales, las enfermedades dermatológicas, etc. En esta línea, la información aportada por Martínez Ortiz et al. exponen la realidad de las adopciones procedentes de Etiopía entre 2006 y 2010.

También se escribió mucho sobre la calidad de los informes que acompañaban a los niños desde sus países de origen, y la veracidad y fiabilidad de los datos recogidos en ellos.

También se escribió mucho sobre la calidad de los informes que acompañaban a los niños desde sus países de origen, y la veracidad y fiabilidad de los datos recogidos en ellos.

Tras la llegada a España, los primeros meses de estancia fueron tiempos de contacto cercano, con una estrecha supervisión de la salud física y el desarrollo psicomotor, análisis y exploraciones complementarias diversas. En Áreas de Salud como la nuestra, donde carecemos de servicios especializados en estas materias, la colaboración de los compañeros pediatras del hospital

fue muy necesaria en los casos donde se detectaron signos de alerta de enfermedad o enfermedades ya establecidas. En esta andadura todos fuimos aprendiendo juntos.

Trascurrida la primera etapa de «aterrizaje», de adaptación de los niños y sus familias a su nueva vida, la normalidad del día a día se hizo presente en la gran mayoría de los hogares. Con esta normalidad llegaron las revisiones y las vacunas, las consultas por los motivos habituales en lactantes y preescolares (según nuestra experiencia, sus procesos infecciosos agudos en los 2 primeros años de su estancia no difirieron en número y tipo de los que presentaron los niños españoles de sus mismas edades), la asistencia a la guardería y el colegio. . .

El inicio de la guardería y el colegio es una etapa especialmente sensible para todos los niños y sus padres, por el importante cambio que supone en su entorno cotidiano.

Aquí, además, se sumaba la incertidumbre de cómo iba a soportar el niño la separación, que aun siendo solo temporal podría causarle malestar al recordarle otras separaciones previas. También algunos padres manifestaban cierta inquietud por cómo sería recibido por los otros un niño «diferente». Pero hemos de reconocer que la cada vez más evidente diversidad étnica entre nuestros escolares desde los primeros cursos es una realidad cotidiana que interiorizan sin ningún esfuerzo y sin darle mayor importancia.

Entre los diferentes aspectos que se recogen en los informes periódicos de seguimiento de adopción que nos solicitan las Comunidades Autónomas, se encuentra la adaptación al medio escolar, que ha resultado satisfactoria en líneas generales.

El tiempo va pasando, ellos van creciendo y en el devenir de las cosas, nos encontramos con un problema que preocupa a las familias, los profesores y los pediatras: el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Es la enfermedad psiquiátrica crónica más frecuente en la edad pediátrica. La prevalencia estimada en nuestro medio es del 6,6%. Pero en los niños procedentes de adopción internacional, especialmente de determinados países de Europa del Este, la aparición de casos es mayor de la esperable.

En la compleja etiopatogenia de esta entidad se encuentran algunos factores de riesgo que pueden haber estado presentes en las etapas anteriores de su vida, desconocidas para nosotros. Cabría preguntarse si todos los diagnósticos están ajustados a los criterios o si son demasiado rigurosos y se catalogan como tales otras situaciones diferentes, ligadas a la inmadurez o a una diferente evolución en el proceso del aprendizaje, pero la realidad es llamativa y digna de al menos una reflexión.

Actualmente un buen número de los niños adoptados está llegando a la adolescencia. Es una etapa con mala prensa en la sociedad, y ante la que las familias se preocupan y temen cómo afrontarla. El adolescente se caracteriza por rebeldía, independencia, autoafirmación y deseo de pertenencia a su grupo de iguales. Pero además, en este caso, puede plantearse el problema de la identidad y de las raíces, del sentimiento de pérdida y abandono, del rechazo a unos padres con los que, de repente, parece no tener nada en común. Son posibles actitudes encontradas que van desde el deseo de conocer su país y su cultura de origen hasta una negación frontal de los mismos, evitando incluso hablar de ellos. Puede ser una etapa de preguntas y respuestas difíciles, si no se han planteado antes. Los padres podrán elegir, conociendo a sus hijos y respetando sus deseos, la actitud más conveniente.

No quiero dejar de referirme a la situación nunca deseada de las adopciones frustradas. Suponen un porcentaje muy pequeño, pero representan el fracaso de un proceso iniciado con amor, ilusión y responsabilidad. Tras presentar recurrencias, sin éxito, a los distintos profesionales que tratan de ayudar a enfrentarse a los conflictos que ensombrecen la convivencia, la familia claudica y el niño vuelve a depender de otra institución, los Servicios Sociales de las

Comunidades, en una nueva crisis de abandono y rechazo. Todos los implicados sufren, sintiendo además que han perdido una gran oportunidad.

La adopción internacional, como los niños, se ha hecho mayor. Se ha consolidado como un hecho que forma parte de nuestro entorno: sin idealizar, sin hijos perfectos ni padres perfectos, como la vida misma.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, 'Política Social e Igualdad. Estadísticas de adopción internacional'. (Años, 2008-2012).
2. Alberola López S, Berastegui Pedro-Viejo A, de Aranzábal Agudo M, Cortés Lozano A, Fumadó Pérez V, García López-Hortelano M, et al. 'Adopción Internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios'. (Madrid: CORA; 2008).
3. Martínez Ortiz A, Domínguez Pinilla N, Wudinehc M, González- Granado LI.' Adopción internacional de Etiopía en un período de 5 años'. (An Pediatr (Barc). 2015; 82:302-7).
4. Sánchez-Sandoval Y, León E, Román M. 'Adaptación familiar de niños y niñas adoptados internacionalmente'. (Anales de psicología. 2012; 28:558-66).
5. Abrines N, Barcons N, Brun C, Marre D, Sartini C, Fumadó V, et al. 'Comparing ADHD symptom levels in children adopted from Eastern Europe and from other regions: Discussing possible factors involved'. (Children and Youth Services Review. 2012; 34: 1903-8).

Parte II

Adopción internacional en España: situación actual

En el año 2004 se registraron en España 5.541 adopciones internacionales, convirtiéndose en el primer país de la Unión Europea y el segundo del mundo, detrás de Estados Unidos, en adopciones de niños extranjeros. Una década después, las cifras han descendido, y en el año 2012, último año registrado, y según los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, facilitados por los Consulados Españoles en el extranjero, se produjeron 1.669 adopciones internacionales en nuestro país, 3.872 menos que 8 años antes.

Según datos de la Universidad de Newcastle, las adopciones internacionales en todo el mundo se han reducido de 45.299 en 2004 a 23.500 en 2011, un 52%. Las causas que justifican este descenso incluyen: *a)* La mayor parte de los países han reformado su legislación para limitar el perfil de los adoptantes y otros directamente han cerrado las adopciones a extranjeros; *b)* La Administración española también ha suspendido o limitado la tramitación de adopciones con algunos países hasta tener garantías de que el proceso se completa correctamente, y *c)* Ha cambiado el perfil de los niños adoptables.

La adopción de menores etíopes por parte de familias españolas se remonta a finales de los años 90 siendo el primer país africano en recibir solicitudes de adopción desde España. Etiopía es, después de la Federación Rusa y de China, el tercer país de origen de adopciones internacionales en España y el país africano con mayor número de adopciones; a pesar de ello, la llegada de niños a nuestro país también ha descendido considerablemente en los últimos años, con un total de 302 niños etíopes adoptados en 2012, seguido por Malí con 66 adopciones por familias españolas. En la actualidad asistimos a una serie de trabas de todo tipo, que no facilitan a las familias el proceso de asignación inicial del menor y retrasan, o no llegan a concluir, la adopción definitiva, y que esencialmente pueden resumirse en:

Problemas legales

Hoy en día los procesos adoptivos en algunos países, como Etiopía, deben realizarse siempre a través de una Entidad Colaboradora en Adopción Internacional (ECAI) acreditada, no existiendo la posibilidad de adoptar libremente mediante un protocolo público. La Comisión Inter-Autonómica de Directores de la Infancia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad celebrada el 16 de octubre de 2012 acordó, cautelarmente, no admitir nuevas solicitudes de adopción para Etiopía, decisión motivada por el elevado número de expedientes tramitados en ese país, por temor a que pudieran incrementarse la falta de garantías e inseguridad jurídica de las adopciones que se constituyan, aunque todas aquellas presentadas con anterioridad se continuarían tramitando normalmente. Esto ha provocado un enlentecimiento importante en el proceso de la adopción de menores procedentes de estos países, pudiendo prolongarse los trámites legales durante mucho tiempo. Como consecuencia de esta situación, se ha producido en los últimos 2 años en nuestro país, un incremento en el número de adopciones internacionales de niños con alguna enfermedad asociada, «*adopciones de niños con necesidades especiales*» o «*pasaje verde*» como se conoce en China. Se trata de niños con discapacidades físicas o intelectuales, retraso en el crecimiento o en el desarrollo psicomotor o con necesidad de tratamiento/seguimiento médico o quirúrgico preferente. Los trámites legales para la

adopción de estos niños con enfermedad asociada son más rápidos, priorizados por la necesidad de un tratamiento precoz adecuado.

Con frecuencia los padres que se enfrentan a la adopción por la vía de necesidades especiales, precisan asesoramiento por parte de un pediatra especializado en «consultas de pre adopción», que evalúe detenidamente los informes previos remitidos, con las peculiaridades de cada país de origen, explique a la familia sobre la gravedad de la enfermedad asociada, antes de ir a recogerlo y recomiende como actuar con el menor al recibirlo: riesgos, precauciones, cuidados especiales, etc. . . . Es recomendable, además, si la adopción se va a llevar a cabo en un país tropical, que tanto los padres como los hermanos si van a viajar, acudan a una «consulta del viajero internacional», para actualizar su calendario vacunal y recibir el asesoramiento y las recomendaciones precisas ante el viaje y/o un botiquín de viaje.

Problemas médicos generales y específicos infecciosos-tropicales

Todos los niños procedentes de adopción internacional cuando llegan a nuestro país, con necesidades especiales o sin ellas, deben ser evaluados en unidades multidisciplinarias con experiencia previa en la enfermedad que suelen importar; deseablemente, en una Unidad de Adopción Internacional especializada. En estos menores se recomienda hacer siempre una historia clínica detenida y completa, una exploración física exhaustiva, una analítica dirigida a despistaje de enfermedades bacterianas prevalentes y/o graves como tuberculosis o sífilis, víricas como las hepatitis A, B, C, VIH, o parasitarias como malaria, helmintiasis intestinales, esquistosomiasis u otras parasitosis específicas del país. Es recomendable en estos niños hacer un estudio de protección vacunal lo más completo posible, evaluando con criterios internacionalmente establecidos, los documentos que aportan para adecuar el calendario original al de nuestro medio, pautando aquellas vacunas que no han sido administradas y que tenemos disponibles en nuestro país, como la vacuna frente a la meningitis C o frente al neumococo. También es fundamental en estos menores que no tuvieron la oportunidad en periodo neonatal en sus países de origen, realizar un cribado de *metabolopatías* como se viene haciendo en nuestro medio a todos los recién nacidos, coincidiendo con la analítica a la llegada. Se destaca la importancia y la oportunidad de poder diagnosticar, en estas unidades especializadas, enfermedades frecuentes en estos menores tales como: malnutrición y/o anemia severa, infecciones congénitas, tuberculosis, hepatitis crónica VHB, etc., y otras enfermedades mucho más específicas y endémicas de áreas tropicales concretas, de difícil diagnóstico ya que precisan de un laboratorio especializado, tales como malaria, esquistosomiasis o filariasis en zonas africanas como Etiopía; estrongiloidiasis, teniasis y toxocariasis en países asiáticos y enfermedad de Chagas o dengue en zonas de América y Caribe.

Comentario final

A su llegada, los menores adoptados procedentes de países en desarrollo precisan una evaluación exhaustiva en *unidades multidisciplinarias expertas en adopción internacional* capaces de diagnosticar la enfermedad pediátrica general que se asocia con la «*adopción por necesidades especiales*» pero también, y más importante, realizar un despistaje experto dirigido de la enfermedad específica infecciosa-tropical. Es recomendable, además, descartar posibles enfermedades metabólicas desapercibidas, adecuar la protección con las vacunas disponibles en nuestro país y orientar finalmente a las familias, en caso necesario, hacia un especialista pediá-

trico o a una Unidad de Atención Temprana si presentan problemas de maduración y adaptativos.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 'Estadísticas de adopción internacional'. (Años 2008-2012).
2. Oliván Gonzalvo G. 'Adopción en China de niños con necesidades especiales: el «pasaje verde»'. (An Pediatr (Barc). 2007;67:374-7).
3. Alberola López S, Berastegui Pedro-Viejo A, de Aranzabal Agudo M, Cortés Lozano A, Fumado PérezV, García López-Hortelano M, et al. 'Adopción Internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios', (2008. Madrid: CORA; 2008).
4. Eckerle JK, Howard CR, John CC. 'Infections in internationally adopted children'. (Pediatr Clin North Am. 2013; 60:487-505).
5. Ampofo K. 'Infectious disease issues in adoption of Young children'. (Curr Opin Pediatr. 2013;25:78-87).