

Adopción y acogimiento familiar

C. Martínez González

Pediatra. EAP San Blas. Parla, Madrid. Magíster en Bioética.
Coordinadora del Comité de Bioética de la AEP



Resumen

La adopción y el acogimiento familiar plantean las decisiones subrogadas (*por el menor, sin el menor*) probablemente de mayor trascendencia en la infancia. Son medidas complejas de protección de las que surgen múltiples problemas éticos relacionados con respetar y definir al máximo el *interés superior del menor*.

Proteger a un niño es obligado, pero retirar la tutela de un hijo es doloroso. Mantener a un menor en un centro es privarle de una familia, pero resistir las presiones de organismos y particulares sin incumplir ningún trámite legal ni forzar las políticas internas de los países menos desarrollados, es imprescindible.

La mayoría de los niños adoptados en España provienen de la adopción internacional a pesar de ser uno de los países de nuestro entorno con más niños pequeños en sus instituciones. Sin embargo, el acogimiento familiar introducido en España en 1987, está insuficientemente desarrollado frente al acogimiento residencial.

Los problemas médicos de los niños adoptados o acogidos no difieren de los que provienen de familias con graves carencias o problemas sociales.

El pediatra de Atención Primaria puede atender la mayoría de los problemas médicos, orientar muchos aspectos psicológicos y promover la normalización de estos niños, que sólo ocasionalmente necesitan atención especializada.

Abstract

Adoption and foster care, pose one of the most important surrogate decisions (for the child, without the child) in childhood. They represent complex measures of child protection, from which multiple ethical dilemmas arise in relation to the best interest of the child. To protect a child is mandatory, but custody removal can be painful. Keeping children in an institution implies depriving them of a family, but on the other hand it is essential to resist the pressure of organisms and particular interests and not break the laws on adoption nor force the internal policies of less developed countries.

The majority of adopted children in Spain come from international adoption even though in relation to other countries it has more children in residential care. In contrast, foster care which was established in Spain in 1987 has been less developed.

The medical problems of adopted children or children in foster care are not different from those that are found in families with poor backgrounds.

The primary care paediatrician can attend the majority of medical problems these children present by addressing possible psychological issues and normalizing their situation. Only on rare occasions will they need specialized care.

Palabras clave: Adopción; Adopción internacional; Acogimiento familiar; Ética.

Key words: Adoption; International adoption; Foster care; Ethic.

Pediatr Integral 2013; XVII(10): 678-685

Introducción

La adopción y el acogimiento familiar (AF) son medidas de protección complejas frente al desamparo de los menores. Conciernen fundamentalmente al ámbito de la justicia, a las políticas sociales y a los planes y leyes que cada país desarrolla en materia de protección a la infancia.

Los menores adoptados o acogidos son un grupo heterogéneo de niños que tienen en común la imposibilidad de criarse con su familia biológica. El pediatra debe conocer el tema desde un enfoque integral que amplíe la visión de los problemas estrictamente médicos, pues la morbilidad general, carencias o enfermedades, es similar a los hijos de familias con graves problemas sociales. Sin embargo, hay diferencias específicas que tienen que ver con la manera de canalizar el deseo de ser padres, la construcción del vínculo afectivo y la existencia de otra familia que siempre ocupará un lugar real o imaginario.

La adopción es un hecho tan antiguo como la humanidad (recordemos la historia de Moisés criado por la hija del faraón), que ha cambiado sustancialmente en nuestros días en cuanto a motivación, circunstancias, contexto y visibilidad. Lo que hasta hace poco era prácticamente la solución de los matrimonios heterosexuales con problemas de esterilidad, ahora no es una opción exclusiva para parejas, y es independiente de la orientación sexual o el vínculo legal. Se ha convertido en un hecho visible, no sólo por las diferencias raciales que con frecuencia tiene el hijo, sino también por estar socialmente mejor visto, no exento en ocasiones de cierta moda e incluso noticia de portada en los medios cuando se trata de famosos.

El AF, sin embargo, es una figura legal relativamente nueva; tiene como antecedente la situación clásica de *hijo cedido* por una madre con problemas económicos, soltera o viuda, que renunciaba y delegaba sus funciones en algún familiar con más posibilidades.

La adopción en España

En los últimos años, la adopción ha sido prácticamente internacional, debido a la importantísima reducción de niños españoles adoptables.

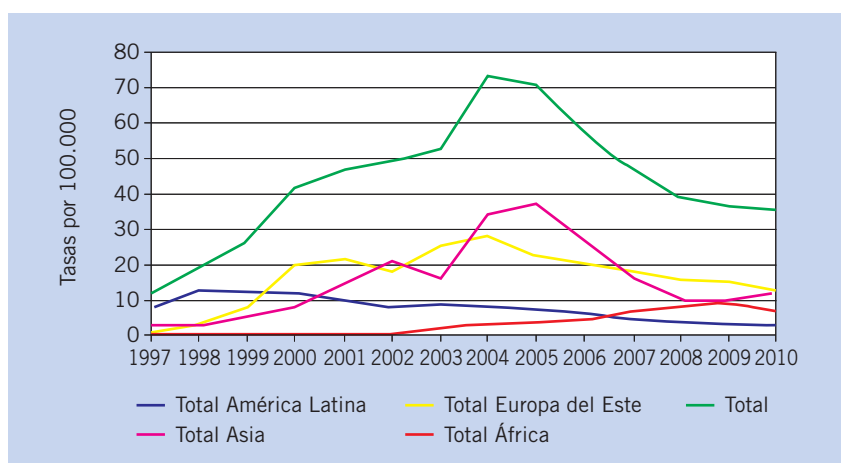


Figura 1. Adopciones internacionales en España. Distribución por continente de origen.

Esta realidad positiva, consecuencia directa del bienestar social de nuestro país, originó un aumento exponencial de la adopción de niños extranjeros a mediados de la década pasada. Un hecho que, sin embargo, se ha visto reducido en los últimos años por diversos motivos y no sólo en España. Las cifras mundiales, que alcanzaron su punto máximo de 45.298 niños en el año 2004, descendieron a 29.005 en el año 2010⁽¹⁾.

China y Rusia, los principales países de origen, han endurecido sus condiciones por razones éticas y jurídicas, y Marruecos y Malí por motivos religiosos. En general, se aplica más el Convenio de La Haya sobre Protección de los Niños y Cooperación en Adopción Internacional que, en síntesis dice que, si un niño puede ser adoptado en su país, no debe estar disponible para la adopción internacional (AI).

En España, Asia va perdiendo el liderazgo como continente de origen, posiblemente debido a la disminución de las adopciones procedentes de China, y el descenso es generalizado para todos los continentes (Fig. 1 y Tabla I)⁽²⁾.

La adopción nacional, sin embargo, permanece bastante estable con cifras entre 1.075 y 652 niños anuales⁽³⁾.

El acogimiento familiar en España

El AF es un recurso insuficientemente desarrollado al que pocas familias acceden, quizá porque la motivación no sea tanto *quiero ser padre, como quiero ayudar a un niño*⁽⁴⁾.

El AF se introduce en España con la Ley 21/1987, junto con una nueva mentalidad social y profesional de la protección a la infancia. Con la ley, desaparece el término tradicional de *abandono*, que pasa a ser *desamparo*, evidenciando la necesidad de atender un espectro más amplio de situaciones que el abandono físico, y se diferencian las situaciones de desamparo, de las de riesgo social.

Sin embargo, después de 25 años, el AF que fue contemplado como piedra angular de la respuesta al desamparo, no ha tenido el desarrollo que se pretendía. No sólo el acogimiento residencial (AR) sigue siendo la medida de protección mayoritaria, sino que se da la situación paradójica de ser uno de los países del entorno con más AI, a la vez que más niños propios mantiene en sus instituciones. Esto es una gran incoherencia y un escándalo “poco escandaloso”, porque los niños que están en centros son socialmente invisibles^(5,6). El AF, no obstante, puede ofrecer lo que no existe en el mejor de los centros: una vida normalizada y un entorno afectivo seguro y estable, condiciones imprescindibles para que se logren los procesos mentales y se construyan relaciones afectivas significativas, sobre todo en los primeros años de vida. Por eso, la *Comisión Especial de Estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines del Senado*, en su informe de 2010, insiste en la necesidad de “desalojar de los centros de menores a los niños entre cero y seis años y ponerlos bajo la protección de familias de acogida”.

Tabla I. Adopciones internacionales en España. Total por continente de origen

	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		
	Abs	Tasa por 100.000 niños	Abs	Tasa por 100.000 niños	Abs	Tasa por 100.000 niños	Abs	Tasa por 100.000 niños	Abs	Tasa por 100.000 niños	Abs	Tasa por 100.000 niños	Abs	Tasa por 100.000 niños	Abs	Tasa por 100.000 niños	Abs	Tasa por 100.000 niños	
América																			
Latina	595	8,01	679	9,08	585	7,74	564	7,39	490	6,34	374	4,75	331	4,12	262	3,22	258	3,17	
Asia	1.586	21,42	1.194	15,97	2.577	34,12	2.854	37,37	2.041	26,40	1.269	16,12	865	10,77	724	8,90	1.016	12,49	
Europa este	1.395	18,84	1.915	25,61	2.111	27,95	1.727	22,62	1.567	20,27	1.460	18,55	1.304	16,24	1.236	15,19	1.039	12,77	
África	51	0,69	163	2,18	268	3,55	278	3,64	374	4,84	545	6,92	656	8,17	784	9,64	578	7,10	
Total	3.625	48,95	3.951	52,85	5.541	73,36	5.423	71,02	4.472	57,85	3.648	46,34	3.156	39,30	3.006	36,95	2.891	35,53	

Fuente: Consulados españoles en el extranjero.

Los AF se llaman *especiales* cuando los niños tienen algún problema de salud o minusvalías, y *terapéuticos* si los menores tienen problemas de salud mental. Los acogimientos con algún familiar son los más frecuentes. Y una modalidad pendiente de desarrollar es el AF *profesionalizado*, con finalidad claramente educadora y terapéutica, compensación económica y, sobre todo, apoyo profesional para el acogido y el/ los acogedores.

En España, existen cerca de 30.000⁽⁷⁾ niños en AR. Muchos de estos menores, tutelados por la administración por circunstancias transitorias o permanentes de los padres (desintoxicación, cárcel, enfermedad mental), o por enfermedades del niño que han causado el desamparo, como el síndrome de Down, podrían criarse en una familia adoptiva o acogedora que aceptara sus condicionantes familiares o personales.

Aspectos psicoafectivos

Los aspectos afectivos y psicológicos son los más específicos de la adopción y el acogimiento.

Todos los padres, biológicos o adoptivos, deben establecer un vínculo afectivo con sus hijos. Los padres adoptivos, además, deben entender que es insuficiente el afecto sin asumir un pasado incierto y sus posibles consecuencias, porque acoger o adoptar a un niño es aceptarlo con un pasado que no se puede borrar. Esto condiciona marcadas diferencias con la maternidad o la paternidad biológica:

- Los padres adoptivos tienen que elaborar el duelo del embarazo ausente,

de la experiencia del parto, de no ser los primeros en ver al hijo recién nacido en el que poder reconocer rasgos familiares. Sin elaborar este duelo es difícil aceptar plenamente a un hijo que ya existía con otros padres e, incluso, con otros rasgos étnicos.

- El legítimo deseo de ser padres en ocasiones está mezclado con sentimientos de solidaridad y altruismo, no siempre favorecedores del vínculo paternofilial.
- La construcción del vínculo de filiación requiere contar necesariamente con un pasado y unos recuerdos reales o imaginados.
- Las diferencias étnicas en ocasiones generan conductas patógenas, como la insistencia en las diferencias, la idealización del exotismo, o la anulación de las diferencias con excesivos esfuerzos de normalización.

La mayoría de los estudios reflejan que los niños adoptados están bien adaptados en general, pero sobrerrepresentados en los servicios de salud mental⁽⁸⁾, quizá influenciado por una mayor sensibilidad de los padres y de los pediatras.

Es frecuente que en los primeros años haya conductas regresivas o negativas ante el dolor o la pérdida (muertes, separación de los padres, pérdida de una mascota), los cambios (colegio, casa), el establecimiento de nuevas relaciones afectivas (inicio de escolarización) o en momentos clave del desarrollo de la identidad, como la adolescencia. Esto no implica que se deba interpretar todo lo que le ocurre a un niño adoptado en

función de sus orígenes, ni que todas sus conductas sean “contra” la madre o el padre, porque la mayoría de las veces serán desajustes similares a los de otros niños de su edad, superables y transitorios.

Los niños que han sufrido una grave privación afectiva, como una institucionalización prolongada y precoz, sin embargo, tienen mayor riesgo de psicopatología: alteraciones en la vinculación afectiva, falta de atención con o sin hiperactividad o alteraciones del espectro autista en los casos graves.

La integración familiar es buena la mayoría de las veces, pero se han descrito rupturas del proceso adoptivo entre el 1,4% y el 24,2% de los casos, según recoge Berastegui⁽⁹⁾. La dispersión de cifras se corresponde con las grandes diferencias metodológicas entre estudios (periodo estudiado, muestra poblacional, tipo de adopción nacional o internacional, concepto de ruptura, etc.). Pero, en general, las tasas son menores en adopciones de niños más pequeños y mayores en niños con necesidades especiales o mayor edad al inicio de la adopción, factor que frecuentemente se asocia al tiempo de institucionalización prolongado o fracasos anteriores en otras familias. En la Comunidad de Madrid, la tasa de ruptura es del 1,5%.

La realidad es que el fracaso de un proceso adoptivo es un hecho siempre complejo y doloroso para la propia familia y para el hijo, que sufre un segundo abandono y un doble desarraigo si proviene de otro país. En la legislación española, la adopción es irreversible y los vínculos legales idénticos a la filia-

ción biológica. Por tanto, es un eufemismo hablar de “devolución” de un hijo adoptado: el abandono en la calle es un delito y si el estado asume su tutela, sigue siendo un hijo mientras no se retire judicialmente la patria potestad.

Problemas médicos

No existe ninguna patología propia de la adopción o el AF.

Los problemas más específicos dependen de la precariedad de cuidados prenatales, de los factores sociales asociados (pobreza, drogadicción, prostitución, maltrato, etc.) y del contexto de institucionalización previo. Todo ello condiciona una morbilidad mayor que en la población infantil general, que requiere una evaluación extensa del estado de salud⁽¹⁰⁾.

Nutrición y crecimiento

La prevalencia de la malnutrición es variable y la etiología múltiple: desde alimentación carencial, prácticas culturales, infecciones intestinales repetidas o privación afectiva, hasta enfermedades clásicas no detectadas, como: enfermedad celíaca o intolerancias alimentarias.

Generalmente, se produce la recuperación o *catch up* en el primer año. El crecimiento se puede evaluar mediante las gráficas habituales del país de acogida priorizando, no tanto la comparación con estándares, sino consigo mismo.

En los retrasos de talla sin *catch up*, con velocidad de crecimiento normal, edad ósea acorde con la cronológica y sin enfermedad basal, el estudio endocrinológico exhaustivo se puede diferir 12 a 18 meses.

Los estudios complementarios deben incluir: hemograma, bioquímica básica con hierro, calcio, fósforo, fosfatasa alcalina y orina. Si hay malnutrición clínica o retraso pondoestatural, añadiremos proteínas totales, hormonas tiroideas, pre-albúmina, proteína transportadora de retinol, transferrina, test del sudor, ionograma, despistaje de enfermedad celíaca y parasitosis intestinal.

Déficit de vitamina D

Los niños que provienen de orfanatos en países con insuficiente exposición solar, de los que no hay constancia de

una adecuada profilaxis con vitamina D en el primer año y los de piel oscura, pueden tener un déficit de vitamina D. Y es probable que este déficit sea un factor coadyuvante y soluble, en lactantes y niños pequeños con retraso de crecimiento, hipotonía, infecciones de repetición, etc.

Síndrome alcohólico fetal⁽¹¹⁾

El alcohol es el teratógeno humano más frecuente y la primera causa de retraso mental evitable. Los efectos adversos fetales del alcohol provocan un espectro de anomalías estructurales y alteraciones neurocomportamentales, que van desde formas oligosintomáticas hasta graves malformaciones con retraso mental. No hay un nivel seguro de consumo, pero existe una relación directa entre dosis ingerida, rasgos dismórficos y desarrollo cerebral en las primeras semanas de gestación. Algunos informes de adopciones documentan el abuso de alcohol en la madre biológica, pero generalmente es una excepción que se aporte este dato. Por otro lado, los rasgos dismórficos pueden variar con la edad, quedando a veces sólo en diagnóstico de sospecha.

Intoxicación por plomo

La intoxicación crónica por plomo (Pb) se asocia con deterioro intelectual, alteraciones del comportamiento y del aprendizaje, talla baja y alteraciones auditivas. Los efectos en el SNC pueden ser irreversibles, pero la vulnerabilidad individual es variable y parece depender también de factores genéticos y ambientales.

Hay estudios que recomiendan *screening* de plumbemia en niños de países con prevalencia elevada. Aunque no está definido el nivel sanguíneo seguro, el CDC ha establecido como punto de riesgo >10 µg/dl de Pb en sangre, nivel superado en el 1-13% de niños adoptados en EE.UU. provenientes de China y en el 1-5% de Rusia. No hay que olvidar que el arroz es un alimento básico de la alimentación en China y los arrozales están al lado de las carreteras, por donde circulan coches con gasolina clásica.

Pubertad precoz⁽¹²⁾

La pubertad precoz ocurre fundamentalmente en niñas adoptadas con

deficiente estado nutricional, cuando alcanzan su masa corporal determinada genéticamente con un rápido *catch-up*. Este hecho no se observa en inmigrantes, lo que hace pensar en factores psicológicos implicados con factores nutricionales y neuroendocrinos. En algunos casos, el paso de una dieta vegetariana, pobre en calorías, a otra más equilibrada, podría estimular la síntesis de IGF-1 y finalmente la GH.

El riesgo es mayor en niñas de 5-6 años con bajo peso y retraso en la edad ósea, cuando ésta progresa rápidamente. También, en situaciones de rápida ganancia ponderal y aumento del tejido adiposo, en las que podría estimularse la conversión normal de andrógenos suprarrenales en estrógenos y estos, a su vez, estimular los centros hipotalámicos de forma precoz.

Problemas infecciosos

Se recomienda un *screening* de enfermedades infecciosas (repitiendo los análisis aportados en su caso del país de origen, pues ha podido haber contagio posterior, durante la extracción de sangre o errores técnicos) 2-4 semanas después de la adopción, excepto en niños con enfermedad aguda o malnutrición. En ese tiempo, los padres podrán observar al niño y ofrecer más información al pediatra antes de iniciar los estudios.

- Serología de hepatitis B. Repetir 6 meses después, pasado el posible período de incubación.
- Serología luética. Pruebas reagínicas (VDRL y RPR), confirmando los resultados positivos con pruebas treponémicas (FTA-ABS).
- Serología VIH 1 y 2. Repetir a los 4-6 meses, superado el posible período ventana.
- Hemograma con índices eritrocitarios.
- Parásitos en heces, antígeno de *Giardia* y *Cryptosporidium* en heces.
- *Screening* de tuberculosis. Se recomienda un Mantoux al llegar, valorando el resultado positivo independientemente de que tengan BCG previa y repitiendo a los dos meses si es negativo.

Valoración del estado vacunal⁽¹³⁾

Los niños que provienen de un centro de menores en España tienen con-

troles de salud normalizados y registros de inmunizaciones, como la población general. En los niños que provienen de AI, se valorará la existencia de un registro vacunal escrito, que consideraremos correcto y veraz cuando consten de forma clara las vacunas que ha recibido el niño y las fechas en que fueron administradas, comprobando la coherencia entre la fecha de nacimiento y las fechas de vacunación.

Si no hay constancia clara, no existe un registro escrito o éste es confuso o impreciso, se debe considerar que las vacunas no han sido administradas.

Desarrollo madurativo

Es frecuente la existencia de un retraso madurativo global, sobre todo en niños pequeños que han sufrido una institucionalización precoz o prolongada. Pero, en ausencia de antecedentes de riesgo (exposición a drogas, alcoholismo materno, infección congénita...), enfermedad neurológica, microcefalia o dismorfias, lo habitual es que se corrija. Constituyen signos de alarma que deben orientar a ampliar estudios, los retrasos muy importantes desde el inicio, o la falta de evolución positiva (signos de apego, mejoría de los hitos motores, lenguaje...) durante los primeros meses.

La mayor dificultad es la veracidad o la interpretación de los informes previos a la adopción de un niño extranjero, que puede mostrar incoherencias. Por eso, la simple evaluación del informe médico pre-adoptivo elaborado en el país de origen no es suficiente para valorar el riesgo respecto a la salud física y mental del menor a adoptar.

Aspectos éticos de la adopción y el AF⁽¹⁴⁾

Las situaciones de desamparo son de máxima vulnerabilidad para el niño y máxima responsabilidad para los profesionales que han de tomar las decisiones de sustitución posiblemente de mayor trascendencia en la infancia.

Este contexto plantea múltiples problemas éticos. Proteger a un niño es obligado, pero retirar la tutela de un hijo siempre es doloroso. Mantener a un niño en un centro es privarle de una familia, pero decidir cuál es el “mejor

interés del menor” es complejo. Y resistir la urgencia de organismos y particulares, sin incumplir ningún trámite legal ni forzar las políticas internas de los países menos desarrollados, es imprescindible.

Entre los múltiples puntos que suscitan problemas, destacamos algunos:

- Es tan obvio como necesario asegurar la *adoptabilidad*⁽¹⁵⁾ jurídica del menor: considerar la separación definitiva de la familia de origen y la integración en una nueva, como la última y mejor medida de protección, respetando el *principio de subsidiariedad* (Convenio de La Haya). Este principio prioriza la familia extensa, frente a la familia ajena y las soluciones que permiten al niño permanecer en su país, frente a salir de él. Los trámites son largos y complicados para evitar el riesgo de adoptar un niño sin cumplir todos los requisitos. No hay que olvidar que muchos niños, para ser adecuadamente protegidos, no necesitan una familia nueva, sino que se ayude a la suya a hacerse cargo de él.
- Tener en consideración que la AI no puede ser una solución estructural para los problemas de la infancia en los países menos desarrollados, cuyos sistemas de protección tendrán la prioridad de trabajar con la familia biológica cumpliendo con el Convenio de la Haya. Las instituciones correspondientes deben articular ambas partes desde una premisa clara: existen los derechos del niño pero no el derecho a un niño.
- El proceso de protección del niño desamparado requiere de máxima transparencia y no deberá constituir una fuente de provecho financiero ni de otra índole. Se dará preferencia a la búsqueda de una familia sustitutoria frente al AR, sobre todo si se prevé un internamiento largo o indefinido.
- Las instituciones competentes deben preparar el niño, la familia adoptiva y la familia biológica para la adopción y ofrecer apoyo postadopción, especialmente en niños con necesidades especiales.
- Los medios de comunicación tienen un papel importante en la sensibi-

lización e información a los ciudadanos. Pero deben evitar trivializar y contribuir a todo aquello que pueda constituir la promoción de una moda o el *marketing* en búsqueda de familias adoptivas.

- Frente a las antiguas leyes, las legislaciones modernas anteponen el derecho del niño a conocer sus orígenes al llegar a la mayoría de edad. En España esto queda recogido en la Ley 54/2007 de 28 de diciembre. Indiscutiblemente, es una garantía de transparencia que trata de evitar hechos delictivos, como el secuestro, el tráfico de niños o la adopción ilegal. Pero es muy probable que la búsqueda de los orígenes biológicos en muchos casos, inicie un camino espinoso hacia un destino plagado de incertidumbres y hechos dolorosos que remuevan los cimientos de la identidad innecesariamente.
- Nuestro marco legal reconoce la igualdad entre parejas homosexuales y heterosexuales y hasta el momento no hay estudios que demuestren que la crianza de un niño por una pareja homoparental tenga consecuencias negativas. La Academia Americana de Pediatría se pronunció a favor de la coparentalidad o adopción por segundo padre o madre del mismo sexo en 2002 y recientemente se pronuncia a favor de la adopción por parejas del mismo sexo⁽¹⁶⁾. Una de las críticas a la adopción homoparental argumenta la necesidad de la figura de un padre y una madre para que los niños dispongan de ambos modelos en su desarrollo. Pero la evidencia contraria es clara: la mayoría de las personas homosexuales se han criado en el seno de una familia tradicional con padre y madre. Por otro lado, la Convención de Derechos del Niño recomienda ofrecer continuidad en la educación y en el origen étnico, religioso, cultural y lingüístico del hijo adoptivo. Cultura es un conjunto de representaciones, imaginarios y simbologías de una sociedad determinada, que estructuran una concreta visión del mundo y, en este sentido, probablemente hay más riesgo de ruptura de esa

continuidad cultural en los niños criados por una pareja homoparental, que en aquellos criados según el patrón mayoritario estadísticamente, de padre y madre. Reconociendo tanto la complejidad del tema como la legitimidad de las dudas, lo más prudente sea valorar individualmente cada caso y articular desde las instituciones los intereses de adoptados y adoptantes, partiendo de la premisa general de que existe el derecho del niño a ser adoptado, pero no el derecho a adoptar un niño.

- Las razones para realizar test genéticos deben ser las mismas para los niños adoptados o pendientes de adoptar que para los hijos biológicos. Si hay riesgo claro de enfermedad genética, deben realizarse las pruebas⁽¹⁷⁾. Pero hay que valorar el posible efecto estigmatizante, incluso la pertinencia de realizar test genéticos de enfermedades de inicio en la edad adulta que sólo informan de probabilidad y, sin embargo, pueden reducir las posibilidades de encontrar una familia⁽¹⁸⁾.

Orientaciones para padres, pediatras y profesores

Los padres deben mantener un diálogo veraz durante toda la vida, sin esperar ningún momento oportuno, dando la información que pueda procesar el hijo según su momento evolutivo. Es importante frenar el riesgo constante de construir a un niño vulnerable y atribuir todo a sus antecedentes biológicos.

Es aconsejable que los profesores conozcan que el niño es adoptado. Esta información favorecerá que estén preparados con sensibilidad y respuestas adecuadas en momentos en los que el tema familia, raza o cultura aparezca en las clases o entre sus compañeros.

El pediatra de Atención Primaria o extrahospitalario, salvo excepciones, es el profesional adecuado para hacer el seguimiento de estos niños promoviendo una atención normalizada. Las consultas especializadas cumplen una función puntual para casos especiales.

Finalmente, la adopción, el AF y los distintos modelos de familias actuales, son una oportunidad para incorporar al ámbito escolar y a la sociedad en general los valores de la tolerancia y la diver-

sidad, así como para reflexionar sobre la relatividad de la filiación biológica frente a la fuerza del vínculo afectivo electivo.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.** Selman P. Global Trends in Intercountry Adoption: 2001-2010. National Council for Adoption. 2012. Disponible en: <https://www.adoptioncouncil.org/publications/adoption-advocate-no-44.html>
2. Estadística básica de medidas de protección a la infancia. Observatorio de la infancia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Boletín 13, 2012. Disponible en: http://www.observatoriodelainfancia.mssi.gob.es/productos/pdf/Proteccion_14.pdf
3. Adopciones nacionales. INE. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>.
- 4.* Martínez González C. Acogimiento familiar, ¿justicia o solidaridad? Revista Pediatría de Atención Primaria. 2008; 10: 703-9. Disponible en: <http://www.pap.es/files/1116-875-pdf/988.pdf>
- 5.*** Palacios González J. La transición que no llega. Trabajo Social Hoy. 2010; 1: 13-34.
6. Browne K. A European survey of the number and characteristics of children less than three years old in residential care at risk of harm. Adoption and Fostering. 2005; 29: 23-33.
7. Cuadernos de Pediatría Social. SEPS 2012; 17. Disponible en: <http://www.pediatriasocial.es/Revista/Cuadernos17.pdf>
- 8.** Juffer F. Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: a meta-analysis. JAMA. 2005; 293: 2501-15.
9. Berastegui Pedro-Viejo A. Las adopciones internacionales truncadas y en riesgo en la Comunidad de Madrid. Consejo Económico y Social Comunidad de Madrid 2003; 30.
- 10.*** Jones VF. Committee on early childhood, adoption and dependent care. Comprehensive Health Evaluation of the Newly Adopted Child Pediatrics. Pediatrics. 2012; 129: e214-e223. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/1/e214.full>
11. Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASDs). Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/facts.html>
12. Jiménez Gil de Muro ST, Moros Peña M, Mínguez Herrero MD. Pubertad precoz en niñas adoptadas de países en vías de desarrollo. Carta al editor. An Pediatr (Barc). 2004; 60: 378.

- 13.*** Alberola S, Berastegui A, Aranzábal M, Cortes A, Fumadó V, García M, et al. Adopción Internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios. Madrid: CORA; 2008. Disponible en: <http://www.coraenlared.org/index.php?id=79>
- 14.** Díaz Huerta JA, Martínez González C. La adopción infantil y el acogimiento familiar: responsabilidad, solidaridad y justicia. En: De los Reyes M, Sánchez-Jacob M (eds). Bioética y Pediatría. Proyectos de vida plena. Madrid: Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha; 2010. p. 287-94.
15. Gómez Bengoechea B. Adoptabilidad. En: Adopciones, familias e infancia. AFIN Newsletter 11, 2010.
16. Committee on psychosocial aspects of child and family health. Promoting the Well-Being of Children Whose Parents Are Gay or Lesbian. Pediatrics. 2013; 131: 827-30. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/4/827.long>
17. Ethical and Policy Issues in Genetic Testing and Screening of Children. Committee on Bioethics, Committee on Genetics and, the American College of Medical and Genomics Social, Ethical and Legal Issues Committee. Pediatrics. 2013; 131: 620. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/3/620>
18. García-Muñoz Rodrigo F, et al. Medicina predictiva potencialmente maleficiente. An Pediatr (Barc). 2011; 75(5): 347-54. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/anales-pediatria-37/medicina-predictiva-potencialmente-maleficiente-90035101-cartas-al-editor-2011>
19. Hernández Merino A. Niños procedentes de adopción internacional; niños con necesidades especiales, pero no niños especiales. Rev Pediatr Aten Primaria. 2003; 5: 545-51. http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPp-m2684yjmAZ-Jjz_xvYK0

Bibliografía recomendada

- Alberola S, Berastegui A, Aranzábal M, Cortes A, Fumadó V, García M, et al. Adopción Internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios. Madrid: CORA; 2008. Disponible en: <http://www.coraenlared.org/index.php?id=79>

Guía promovida por la Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento (CORA) dirigida al profesional sanitario de Atención Primaria. Realizada por consenso entre múltiples profesionales con experiencia en adopción. Ofrece un panorama muy completo de todos los aspectos relacionados con la adopción internacional hasta 2008.

Caso clínico

Niña de 18 meses recién llegada de China a una familia española compuesta por padre y madre sin hijos.

Proviene de un orfanato y aporta un informe escueto que, traducido, indica que se desconocen los antecedentes familiares, no ha presentado patologías previas y tiene “todas las vacunas correctas”.

Realiza la primera visita al pediatra de Atención Primaria al día siguiente de su llegada, que recoge los datos que aporta y una primera exploración física. La niña tiene un excelente estado general, con buena coloración de piel y mucosas, sin malformaciones aparentes, con auscultación cardiopulmonar, abdomen, genitales y exploración neurológica normal. Los datos antropométricos están en el límite inferior de la normalidad: peso de 9,100 kg (P3), talla de 75 cm (P3). Presenta un leve retraso madurativo global: a nivel motor anda con apoyo y dice algunas palabras sueltas que no se entienden. No manifiesta conductas de apego y sonríe de forma inespecífica sin mostrar preferencias por nadie.

El pediatra programa la siguiente visita dos semanas después, dado que no hay ni signos ni síntomas de enfermedad aguda.

En la segunda visita los padres manifiestan que no duerme casi por la noche, pero se queda en la cuna sin llorar

ni reclamar atención. Se adapta a los ritmos de comidas fácilmente aunque come muy poca cantidad de todo. Está asintomática, excepto diarrea leve, con una o dos deposiciones al día de consistencia blanda.

Se pide una analítica general, hematología y bioquímica con anticuerpos anti gliadina y antitransglutaminasa. Serologías VHB, VIH y luética. Parásitos en heces, Mantoux y se inician inmunizaciones siguiendo el calendario vacunal de la Comunidad de Madrid.

3ª visita a las 72 h: Mantoux negativo.

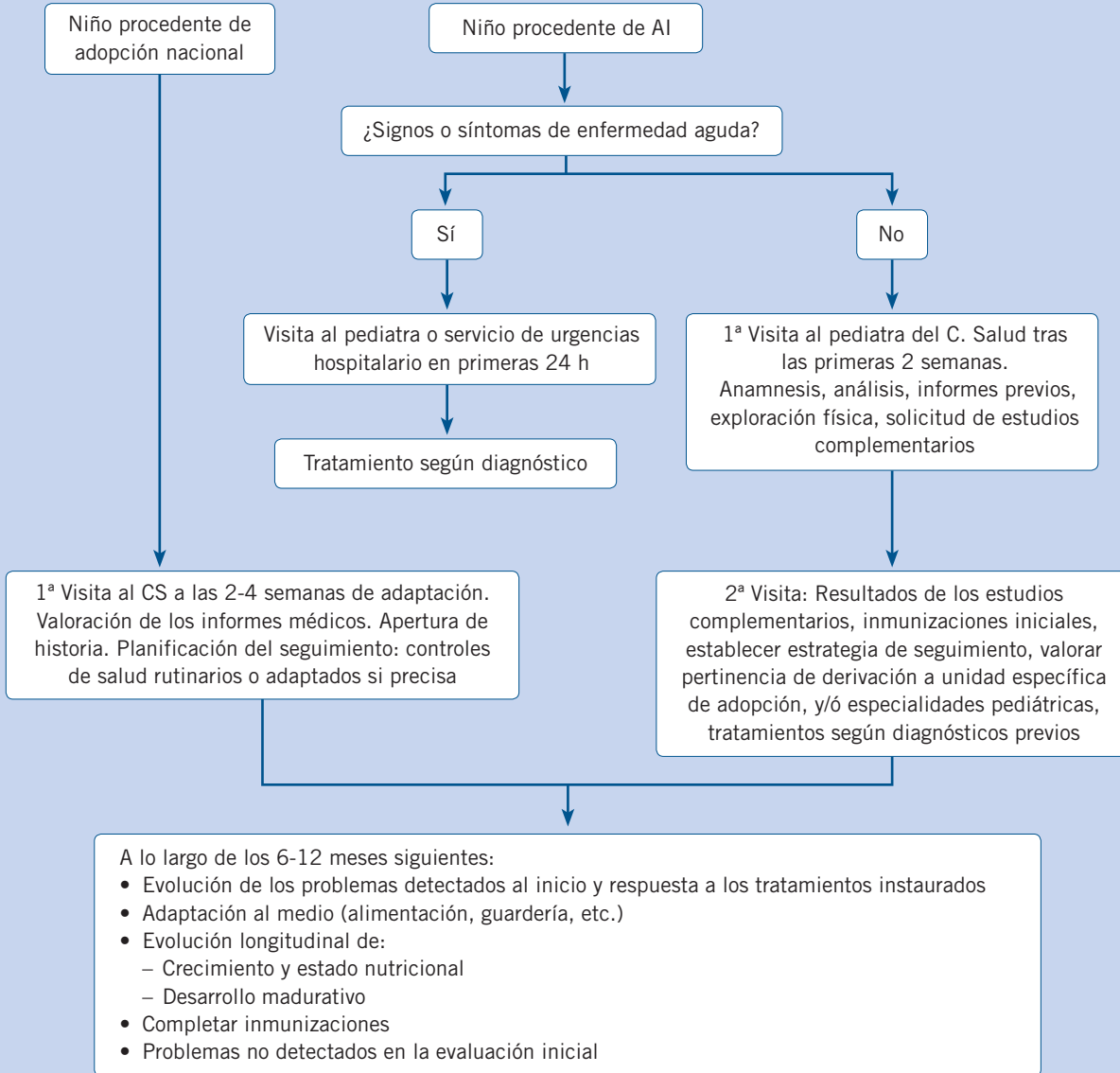
4ª visita para resultados, a los 10 días: analítica normal.

5ª visita al mes para seguimiento de adaptación. La niña duerme y come bien, las deposiciones son normales, manifiesta conductas de apego con ambos padres, inicia marcha liberada y dice 4 palabras con sentido.

El pediatra programa la siguiente visita a los 2 años de vida dentro del programa de salud infantil, dada la buena evolución de la niña.

En la actualidad tiene 4 años, ha iniciado la escolarización normal, tiene un lenguaje fluido, duerme bien, come de todo, se relaciona bien con iguales y se ha integrado perfectamente en su familia nuclear y ampliada. El crecimiento es adecuado, permaneciendo los datos antropométricos en el percentil 3.

Protocolo de adopción



Modificado de *Guía Consensuada de Pediatría en Adopción, 2008*. Coordina Alberto Núñez López, Ministerio de Educación y CORA.