

TRASTORNO DE CONDUCTA EN NIÑOS ADOTADOS

Ponencia de la XLIII Reunión Anual de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente

Extraído de Rev. de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Vol 8, nº especial 2008

G. Ochando Perales, S. Peris Cancio, MC. Millán Olmo, J. Loño Capote.

Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Resumen. La adopción de un niño es un sueño hecho realidad, es un acto de entrega generosa a un niño desconocido, pero es un proceso complejo que debe hacerse lentamente y que requiere la adaptación tanto de la familia como del niño.

Los niños adoptados, especialmente aquellos que tienen historia de vivencia institucional antes de la adopción, tienen un mayor riesgo de presentar trastornos del desarrollo, de la conducta y del vínculo. Por ello, la conducta, el desarrollo, el apego, el estrés en los padres y las relaciones hijos-padres en estas familias debe ser monitorizada, especialmente durante el periodo preadoptivo y los primeros años postadopción, ofreciendo la posibilidad de acudir a los servicios especializados de Salud

Mental a estos niños y sus familias.

El objetivo de este artículo es realizar un análisis de los principales problemas que vamos a encontrar en la adopción, así como la revisión de las publicaciones internacionales realizadas en los últimos años sobre la adopción.

Palabras clave. Adopción nacional. Adopción internacional.

Asesoramiento adoptivo. Preadopción. Postadopción. Trastornos de conducta. Niños.

Abstract. The adoption of a small child is a dream come true, it is an act of generosity to an unknown child, but it is an extremely complex process that has to be done slowly and requires the adaptation of both family and kid.

Adopted children, especially those with a history of institutional living before adoption, are at greater risk for a range of developmental, behavioral and attachment concerns. As a result, development behavior, attachment, parent stress, and parent-child interactions need to be monitored. Especially during the pre-adoption process and the first few years after the adoption, having during this period the possibility to use specialized services for Mental Health of both families and child.

The purpose of this article is to analyze the main problems that we will face with an adoption, as well as the revision of international literature published in the last few years on this subject.

Key words. National adoption. International adoption. Adoptive advice. Pre-adoption. Post-adoption. Behavior disorder. Child.

INTRODUCCIÓN.

La adopción de un niño es un sueño hecho realidad, tanto para el niño como para los padres adoptivos. Es un acto de entrega generosa a un niño desconocido, posiblemente el mayor acto de amor humano.

Los padres adoptivos suelen tener una idea romántica de la adopción. En ocasiones, la realidad es otra y el niño puede no cumplir las expectativas que tenían los padres en su nuevo hijo.

La adopción es un proceso complejo que debe hacerse lentamente y que requiere la adaptación tanto de la familia como del niño. Durante meses, e incluso años, los padres realizan este proceso adaptativo mientras esperan la llegada de su hijo. Pero el niño no tiene ese periodo adaptativo, y el día de la adopción se encuentra que pasa de los brazos de sus cuidadores en el orfanato a los brazos de unos padres desconocidos. En ese momento, el sentimiento de frustración suele estar presente. El niño, tan deseado, llora inconsolablemente y mira asustado a su cuidador alargándole los brazos **1,2**.

Ni la adopción nacional ni la internacional son estudiadas en la carrera de Medicina. En la literatura (en las más prestigiosas revistas médicas en EEUU) sólo se menciona la adopción en un 0-0,2% del total **1**.

El proceso adoptivo ha tenido siempre defensores y detractores. Desde la madre Teresa de Calcuta que decía que "recibir a uno de estos niños en casa es como recibir al mismo Jesús", hasta Lady Emma Nicholson que apoya que la adopción de niños puede convertirse en "un comercio de niños", afirmando que las Naciones Unidas deberían hacer más énfasis en promover refuerzos sociales que favorezcan la reestructuración familiar del niño en su país de origen.

A partir de los años 60 y hasta los 80 la adopción nacional sufre una disminución del 50%, en parte por la aparición de métodos anticonceptivos para el control de la natalidad y en parte por el aumento de abortos en gestaciones no deseadas y por otra parte los problemas de fertilidad al retrasar la edad de primeros embarazos desde los 25 a los 35 años en mujeres en edad fértil; triplicándose, en consecuencia, la adopción internacional **1,3**

Los padres adoptivos suelen buscar la adopción internacional porque fundamentalmente les preocupa las relaciones familiares con la familia

biológica. Con la adopción internacional tienen la seguridad de que no los reclamarán ni tendrán contacto con sus padres y excluyen la adopción nacional con la esperanza de que no tengan problemas médicos o de conducta, y no les falta razón ya que tanto en una como en otra corren ese riesgo. Otras razones para decantarse por un tipo de adopción u otro pueden ser: las creencias religiosas, rescate de niños por razones humanitarias en situaciones de desastres naturales y en conflictos bélicos; o bien por la similitud de culturas. Algunas familias eligen niños con problemas corregibles que no tendrían tratamiento en su país de origen **1,4**

PREADOPCIÓN: UNA OPORTUNIDAD PARA EL ASESORAMIENTO PEDIÁTRICO.

El Pediatra puede ser consultado en ocasiones por los padres que están pensando en la adopción de un niño. El periodo preadoptivo es una preparación para los futuros padres adoptivos. Es un momento decisivo para aclarar sus dudas y replantear la actuación en el proceso adoptivo.

Los padres adoptivos deben enfrentarse a tareas diferentes al resto de los padres:

- La ausencia involuntaria de hijos que puede producir diversas emociones que afecten al equilibrio personal y de pareja.
- La aceptación del pasado del niño, sus sentimientos y recuerdos de su familia biológica y las circunstancias que llevaron al niño a la separación definitiva de sus familias, ayudándole a conservar su identidad, cultura, sentimientos, inseguridades y deseos de conocer más datos acerca de su genealogía.
- La ausencia del periodo preparatorio para la paternidad durante el embarazo. La asunción del papel de padre o madre se establece de forma repentina ya que no se puede predecir el momento en el que va a llegar el niño.
- Los niños adoptados suelen contar con un pasado difícil por lo que a las situaciones educativas y de crianza habitual suelen añadirse situaciones de estrés adicional.
- La no existencia de ritos o ceremonias que marquen la llegada del niño al hogar no facilita el proceso de transición.
- En ocasiones, la familia de la pareja adoptante puede no aceptar el proceso adoptivo, generando conflictos familiares y pérdida de apoyo.
- El proceso de revelación de la condición de adoptado debe ser tenido en cuenta desde los primeros momentos. Si desde el principio se habla de la adopción con naturalidad, no se generará ansiedad ("si algo no se oculta, nunca habrá de ser revelado") **5**.

En la adopción nacional los niños suelen ser de menor edad que en la adopción internacional, ya que en esta última, la adopción es el último recurso cuando la reestructuración familiar no ha sido posible. Los padres deben conocer que los niños institucionalizados tienen mayor riesgo de presentar retrasos del desarrollo, dificultad de aprendizaje y trastornos de conducta. Por cada tres meses que el niño pasa en una institución durante el primer año de vida, pierde un mes en su desarrollo del lenguaje y en su desarrollo psicomotor **6,7**. Por ello, es importante que se realice una evaluación de su desarrollo por profesionales con experiencia en este campo.

Las familias que adoptan niños mayores necesitan más educación preadoptiva y apoyo postadoptivo ya que los niños que permanecen más tiempo en el orfanato tienen incrementado el riesgo de presentar trastornos de conducta, dificultades escolares y disminución de su capacidad intelectual. Una vez adoptados, los niños pierden parte de su lengua nativa en 6-8 meses y no tienen fluidez en su nuevo idioma hasta pasados 6-12 meses, haciendo más difícil su aprendizaje en la escuela y su rendimiento cognitivo en el periodo inicial. Estos niños, además, tienen mayor riesgo de tener una deprivación cultural y no están preparados para el sistema educativo tradicional hasta pasados meses e incluso años de su llegada⁶. Es necesario preparar a los padres ante la adopción y ayudarles en sus expectativas para que sepan que la adopción es un proceso complejo y debe hacerse despacio.

En algunos casos, la adopción consecutiva de varios niños debe espaciarse al menos un año para darle a cada niño la oportunidad de integrarse en la familia y aportarle la atención oportuna que necesita **6**.

LA TRANSICIÓN A LA FAMILIA: PROBLEMAS INICIALES EN CONDUCTA Y DESARROLLO

Toda la vida del niño cambia en el momento de la llegada a su familia adoptiva: nombre, nacionalidad, lengua, religión, cultura, oportunidades y estatus. Los niños pierden todo lo que les resultaba familiar: cuidadores, habitación, cama, amigos y juguetes **2**.

Muchos de estos niños han nacido de madres con embarazos no controlados, con exposición prenatal a drogas, alcohol, tabaco o enfermedades de transmisión sexual (principalmente sífilis), experiencias de maltrato o negligencia en los cuidados del niño, malnutrición, enfermedades infecciosas y otros problemas médicos y muchos de ellos han vivido en residencias u orfanatos. Todos estos factores hacen que el momento inicial de transición en sus nuevas familias adoptivas sea potencialmente dificultoso **2, 8**.

En ocasiones encontramos sentimientos de frustración en el niño por la dificultad en la comunicación y por la pérdida de sus amigos. Tampoco es extraño encontrar que tienen sentimientos de miedo a que la familia adoptiva sea como la biológica y presuponen que los padres adoptivos reaccionarán como los biológicos ante determinadas situaciones. Estos sentimientos son

producidos en mayor intensidad en niños mayores, en los que los recuerdos de vivencias anteriores pueden estar más presentes.

El proceso de transición puede facilitarse con diversas medidas **2:**

- Enseñarle fotos de la familia adoptiva, su casa, el barrio y mascotas (incluso vistiendo la misma ropa en las fotos que el día en que lo van a conocer).
- Realizar grabaciones de la voz de los padres con frases cariñosas e incluso canciones.
- Llevar juguetes y/o manta para el viaje enviados antes de la adopción.
- Hacer fotos de su habitación, cuidadores y compañeros de habitación del orfanato ya que esto suele interesarle posteriormente.
- Pasar un tiempo juntos antes de volver a casa ya que la nueva familia necesita establecer vínculos afectivos tempranos sin la distracción de la nueva casa ni el cansancio del viaje.

Los principales problemas que pueden surgir en estos primeros momentos son **2,8:**

- Alimentación: muchos de estos niños no han comido anteriormente alimentos sólidos ni han utilizado la cuchara por lo que no tienen ejercitados los músculos masticatorios.
- Aseo corporal. Las reacciones de aversión al baño son bastante comunes. Los baños en el orfanato suelen ser duchas de agua fría y secado con toallas ásperas.
- Control de esfínteres: los trastornos del ritmo intestinal (estreñimiento/diarrea) son frecuentes en los momentos iniciales; muchos de los niños presentan parasitosis intestinales.
- Trastornos del sueño: no suele haber dificultades en el sueño en los momentos iniciales; el cansancio ayuda a dormir a los padres y al niño. Los problemas suelen aparecer al llegar a la casa.
- Dificultades en el juego. El juego interactivo e imaginativo es poco frecuente en estos niños. Generalmente, en el orfanato, el juego consiste en apropiarse de un juguete deseado e impedir que los demás niños puedan acceder a él.
- Retraso del desarrollo: algunos niños progresan en sus habilidades rápidamente mientras que otros presentan regresiones de conductas que ya tenían adquiridas. En ocasiones presentan conductas pseudo autistas con evitación del contacto ocular y escasa interacción social que suele mejorar progresivamente.

EL PRIMER AÑO POSTADOPCIÓN: CUIDADOS A TENER EN CUENTA

Cuando el niño es adoptado gana innumerables ventajas, pero también es cierto que experimenta una serie de pérdidas. Los niños más mayores pueden tener la sensación de que los han puesto en otro planeta y pueden reaccionar con trastornos en el desarrollo, de conducta o emocionales **9**.

Durante el primer año debemos tener en cuenta:

1. **DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN:** En el primer momento en la llegada a casa es recomendable limitar las visitas a pequeños grupos de familia más cercana, tener flexibilidad sobre las necesidades de la transición personal de cada niño. Los padres adoptivos pueden aprender algunas frases en el idioma del niño antes de la adopción para facilitar la comunicación con el mismo; para el niño es difícil poder explicar sus miedos, sentimientos, dudas sobre los cambios que está viviendo y no puede comunicarse profundamente. Las familias pueden contar con un traductor que le hable en su idioma ya que con esto el niño puede percibir que ellos pueden volver en alguna ocasión al país donde nació.

2. SUPERAR LA TRISTEZA Y LAS PÉRDIDAS:

Muchos de estos niños se preguntan si los amigos que dejaron estarán a salvo o si volverán a coincidir con ellos, e incluso, se pueden sentir culpables por haberlos abandonado.

La tristeza es la respuesta emocional a la pérdida, si los padres le dan su apoyo, posiblemente el niño establecerá vínculos psicológicos con sus nuevos padres, dándole solidez a su relación. La tristeza puede durar meses, e incluso años, en los niños más mayores. Éstos pueden trabajar estos sentimientos anotándolos de manera informal en un diario, hablando con otros niños adoptados o con un profesional **9,10**.

3. ACEPTACIÓN DE LA SEPARACIÓN DE SUS NUEVOS PADRES:

Cuando los padres deben volver al trabajo, el niño debe separarse momentáneamente de los mismos. Los procesos de separación deben ser cortos en un principio, para dar confianza en que volverán a por él.

Algunos de estos niños pueden presentar un Trastorno de Ansiedad por Separación, especialmente si han tenido experiencias de pérdida anteriormente.

4. **INICIO DE ESCOLARIZACIÓN:** Algunos niños están preparados tempranamente para iniciar su escolarización, en cambio otros necesitan aprender a ser un miembro de la familia antes de estar preparados para la vida fuera del hogar. Lo recomendable es que padres y colegio trabajen juntos en un plan de incorporación gradual al aula. Los niños más mayores pueden beneficiarse de permanecer en un grado inferior al correspondiente por edad hasta que realizan el catch-up y posteriormente subir de nivel cuando han adquirido mayor fluidez con el lenguaje **9**.

5. **EVALUACIÓN DE LA EDAD:** En los niños con adopción internacional suele desconocerse la fecha exacta de nacimiento. La malnutrición, los retrasos del crecimiento y la microcefalia que suelen presentar un alto porcentaje de ellos les hace parecer más jóvenes de lo que son. En algunas ocasiones las fechas de nacimiento son falseadas con la esperanza de favorecer el proceso adoptivo ya que muchos padres buscan niños lo más pequeños posible. En niños con dificultades madurativas retrasar la fecha de nacimiento puede darle más tiempo para recibir apoyo educacional. Por otra parte, en algunos niños, el día de su nacimiento es el único referente de identidad que les queda; por ello, ante la necesidad de cambiar dicha fecha se debe hacer como mínimo de un año, manteniendo el día y el mes **9**.

6. **ADAPTACIÓN CON OTROS HERMANOS:** La llegada de un nuevo niño a la familia puede resultar estresante para los otros hermanos. La preparación de los hermanos mayores antes de la adopción es fundamental. Los niños que viajan con sus padres a por el nuevo hermano realizan esta adaptación más fácilmente **2**.

TRASTORNOS DE CONDUCTA, DESARROLLO Y VÍNCULO A LARGO PLAZO

Los niños adoptados, especialmente aquellos que tienen historia de vivencia institucional antes de la adopción, tienen un mayor riesgo de presentar trastornos del desarrollo, de la conducta y del vínculo. Por ello, la conducta, el desarrollo, el apego, el estrés en los padres y las relaciones hijos-padres en estas familias debe ser monitorizada, especialmente durante los primeros años postadopción, ofreciendo la posibilidad de acudir a los servicios especializados de Salud Mental a estos niños y sus familias **11**.

Los pediatras deben trabajar con estos niños y sus familias y deben ser conocedores de la vulnerabilidad de las familias adoptivas, siendo capaces de darles soporte escuchándoles, reconociendo, entendiendo y empalizando con estos niños y sus familias necesitadas.

En un estudio longitudinal realizado por O'Connor et al. sobre 155 niños adoptados procedentes de Instituciones de Rumania (de ellos 144 niños habían vivido exclusivamente en instituciones antes de su adopción) adoptados por familias del Reino Unido con edades menores a 42 meses en comparación con un grupo de 52 niños procedentes de adopción nacional adoptados con edades menores a 6 meses; encontraron que los problemas cognitivos, los trastornos del vínculo, los trastornos de conducta y las conductas cuasi-autísticas se presentaban con mayor frecuencia en los niños que habían estado institucionalizados durante más tiempo **11,12**. (Ver Tabla 1)

Tabla 1. Estudio niños rumanos adoptados en Reino Unido.

	<6 m orfanato (n = 58)	6-24 m orfanato (n = 59)	24-42 m orfanato (n = 48)	Adopción nacional <6m (n = 52)
Problemas				
Cognitivos	2.3%	12.0%	32.6%	2%
Trastorno del Vínculo	8.95%	24.5%	33.3%	3.8%
Trastornos de Conducta (TDAH)	13.6%	32.1%	38.6%	9.6%

Por otra parte, en un estudio realizado por Gunnar et al. (2007) encontraron que independientemente de la historia institucional, los niños adoptados con más de 24 meses de institucionalización tuvieron mayor número de problemas de conducta (medidos con la escala Chile Behavior Checklist (CBCL)), siendo los niños adoptados provenientes de Rusia o de países de Europa del Este los que presentaban mayor riesgo de desarrollar trastornos de conducta en comparación con los niños adoptados procedentes de otras zonas del mundo **13**.

Miller et al. (2005) realizaron un estudio retrospectivo comparativo sobre 103 niños adoptados evaluados a su llegada a EE.UU. y encontraron que los niños acogidos en familias antes de ser adoptados tenían mejor crecimiento y desarrollo cognitivo que los que residían en orfanatos **14**.

En un estudio retrospectivo realizado en el año 2006 en nuestra Unidad de SMI sobre psicopatía presentada en 18 niños adoptados menores de 14 años, encontramos que:

- 1) El 61% de estos niños procedían de adopción nacional y el 39% de adopción internacional.
- 2) En el 44% se encontraron situaciones adversas preadoptivas (patología psiquiátrica o consumo de tóxicos en los padres, maltrato, negligencia de cuidados o abusos sexuales) y el 50% habían permanecido institucionalizados.
- 3) La edad de mayor incidencia de estos trastornos fue la preadolescencia (94%) con edad de presentación media de 9 años.
- 4) No hubo diferencias entre sexos.
- 5) La psicopatología más frecuente encontrada correspondía a trastornos de conducta (50%), TDAH (16,6%), trastornos cognitivos y del lenguaje (11%) y otros (rechazo de alimentación, trastornos de conversión y somatizaciones y psicosis infantil (22%)).
- 6) El 95% de los pacientes presentaba comorbilidad entre trastornos de conducta, hiperactividad, trastornos del vínculo y trastornos adaptativos.
- 7) El 100% recibió tratamiento con psicoterapia y el 55.5% precisó tratamiento farmacológico.

En un meta-análisis publicado en Mayo de 2005 en la revista JAMA (Juffer e IJzendoorn) realizan un completo estudio sobre los trastornos de conducta y la utilización de los servicios de Salud Mental en niños adoptados. En dicho trabajo realizan un revisión de los estudios casos-control realizados y publicados a nivel internacional sobre los trastornos de conducta en las niños adoptados (recogiendo 25281 casos y 80260 controles) y los estudios casos-control en niños adoptados con seguimiento en unidades de Salud Mental (5092 casos y 75858 controles), recogidos desde el año 1950 hasta el 2005 **15**.

Los objetivos de dicho meta-análisis fueron varios:

- 1) comparar los niños adoptados con los no adoptados,
- 2) comparar la adopción nacional con la internacional y
- 3) comparar la adopción internacional con el grupo control de no adoptados.

Las variables medidas fueron: el sexo, la edad de adopción, la edad de valoración, tiempo con la familia adoptiva en el momento de la valoración y la situación de adversidad previa a la adopción. Se evaluaron los trastornos del comportamiento y la utilización de las unidades de Salud Mental. Para evaluar los trastornos del comportamiento se distinguió entre los problemas totales, los dirigidos hacia el exterior (agresiones, delincuencia, hiperactividad) y los dirigidos hacia el interior (ansiedad, depresión, dificultades de concentración).

Los resultados en el estudio comparativo entre niños adoptados y no adoptados encontraron que en los adoptados aparecían más trastornos de conducta y fueron remitidos a unidades de Salud Mental en mayor número que en el grupo de no adoptados, siendo esta diferencia significativa ($p < 0,001$) en ambos casos.

En dicho estudio encontraron que los adoptados internacionales presentan más problemas de conducta que los niños no adoptados y requieren en mayor medida asistencia en unidades de Salud Mental. Sin embargo, la tasa de trastornos de conducta es modesta, y la mayoría de los adoptados internacionales están adecuadamente adaptados.

Estos resultados positivos pueden deberse a las características de las familias adoptantes (altamente motivadas para criar a los niños, más oportunidades de invertir dinero en el desarrollo de sus hijos por un nivel socioeconómico más alto). Sin embargo, las adopciones internacionales, presentan más utilización de los servicios de Salud Mental, esto puede deberse a que el umbral para buscar ayuda profesional puede ser inferior en estos padres, por su nivel socioeconómico, o por las expectativas que tenían puestas en su hijo adoptivo. Los colegios, además, pueden estar más proclives a atender los problemas de conducta de estos niños. Una explicación positiva de los resultados puede ser que la tasa superior de consultas en una unidad de Salud Mental contribuye a disminuir las tasas de trastornos de conducta posteriores **15**.

En contraste a las creencias populares y a las hipótesis expresadas en estudios empíricos, las adopciones internacionales muestran mejores resultados conductistas y de salud mental que las adopciones nacionales. Es posible que las diferencias transraciales en la adopción internacional y las diferencias físicas evidentes hagan dar por obvio que el hecho de la adopción nunca fue un secreto y que aumente la confianza del niño en su familia adoptiva.

Por otra parte, en la adopción internacional el motivo de la misma sea por falta de recursos y por situaciones de extrema pobreza en la mayor parte de los casos, sin embargo, en la adopción nacional se pueden ver involucrados otros factores como son los problemas de salud mental o consumo de tóxicos de los progenitores, las situaciones de negligencia en los cuidados, maltrato o abusos sexuales. Los datos positivos para la adopción internacional no deben ser tomados como preferencia a dicha adopción sobre la nacional, ya que en dicho metaanálisis no existen suficientes estudios de casos-control referidos a la adopción nacional¹⁵.

Los niños adoptados cuestionan más intensamente su identidad en la adolescencia que los niños no adoptados, e incluso en los adoptados internacionales esto puede adelantarse en el tiempo, en parte por las diferencias raciales y culturales entre padres adoptivos y niños adoptados, siendo estos más notorios en la adopción internacional que en la nacional. Algunos problemas de conducta pueden ocurrir en un tiempo diferente a los niños no adoptados. Por ello, los profesionales de la salud deben estar más atentos a los problemas de conducta en familias con niños adoptados durante los años previos al inicio de la adolescencia¹⁵⁻¹⁷.

En cuanto a la medición de las variables para la adopción internacional en este estudio encontraron que:

1) en los niños con situaciones adversas preadoptivas aparecieron más problemas de conducta totales y agresiones, delincuencia e hiperactividad, pero no hubo diferencias en cuanto a ansiedad y depresión con respecto a los controles, 2) no se encontraron diferencias entre sexos, 3) en contra de las hipótesis planteadas para la aparición de trastornos de conducta en niños adoptados más tardíamente, no se encontraron diferencias significativas con respecto a los adoptados en los primeros meses o años de edad, 4) en los niños adoptados durante más de 12 años en sus familias adoptivas aparecieron menos problemas de conducta que los que llevaban menos tiempo con sus familias adoptivas y 5) en cuanto al país adoptante (comparando Norteamérica con Europa) encontraron que los niños adoptados en Norteamérica presentaban más problemas de conducta que en Europa, esto puede ser posible en base a las diferencias de aplicación de los criterios diagnósticos, al bajo umbral para el tratamiento, la disponibilidad de mayor número de servicios y a las diferencias en las expectativas de los padres adoptivos con respecto a sus hijos ^{2,16}.

Por otra parte, Harf A. et al. estudiaron las publicaciones realizadas entre los años 1960 y 2005 publicadas en inglés y francés, revisando 10 estudios y 2

meta-análisis. Encontraron que la prevalencia de trastornos externalizantes de conducta en niños adoptados está aumentada en relación a los no adoptados, aunque esta diferencia es pequeña; siendo los niños adoptados con situaciones de adversidad preadoptiva los que presentaron mayor tasa de trastornos de conducta, por lo que concluyen que la adopción, en sí misma, no es una situación de riesgo en la adolescencia **18**.

En cuanto a la conducta suicida en adoptados en su edad adulta, Von Borczyskowski et al. publicaron un artículo en 2006 en el que advierten del aumento de riesgo de suicidio y de tentativas autolíticas en adoptados internacionales con un Riesgo Relativo (RR) de 4.5 [95%; 3.7-5.5] y RR de 2.8 [95%; 2.2-3.5] en las adopciones nacionales **19**.

Cantor-Graae E. et al. encontraron en un estudio de cohortes que en la adopción internacional existe un aumento del RR de desarrollar esquizofrenia comparado con los nativos de Dinamarca. Aunque las causas subyacentes son desconocidas ya que existe interacción compleja de factores presumiblemente implicados que incluye la genética, la adversidad vivida previa a la adopción y las dificultades de adaptación postadoptiva durante la educación **20**. Otro estudio realizado por Teilman G. et al. en la misma población encontraron que en los casos de adopción internacional, salvo los procedentes de Corea, presentaban mayor riesgo de presentar pubertad precoz **21**.

En un estudio realizado por Smit EM. et al. Hallaron que los niños adoptados y sus padres adoptivos se encontraban más angustiados que los no adoptados durante los ingresos hospitalarios y resaltan la importancia de que los sanitarios conozcan las preocupaciones de los padres sobre la respuesta de sus hijos a la hospitalización y los límites para conocer su historial médico previo **22**.

En un meta-análisis realizado por Juffer F. y vanIjzendoorn MH. encontraron sin embargo, que no existe diferencia entre la autoestima de niños adoptados y no adoptados. Las conclusiones de los autores pueden ser explicadas mediante la resiliencia de los niños adoptados para superar la adversidad **23**. Los mismos autores realizaron un meta-análisis que evaluó el catch-up de estos niños (crecimiento físico, seguridad afectiva, desarrollo cognitivo, logros escolares, autoestima y problemas de conducta). Encontraron que aunque el catchup fue incompleto en algunas competencias del desarrollo (crecimiento físico y afectivo), los niños adoptados en gran parte se superaron, siendo los niños adoptados antes de los 12 meses de edad los que con mayor proporción alcanzaron su catch-up **24**. Por otra parte encontraron que existe un impacto positivo de la adopción en el desarrollo cognitivo de los niños, pero encontraron un retraso del aprendizaje escolar y en la capacidad del lenguaje **25**. La adopción nacional e internacional puede ser justificada por motivos éticos si no hay otra solución viable. Las personas se adaptan a la adopción y la adopción demuestra la plasticidad del desarrollo de los niños. Concluyen que la adopción es una intervención eficaz **24**.

CONCLUSIONES

La adopción es un proceso complejo que debe hacerse lentamente y que requiere la adaptación tanto de la familia como del niño.

Los niños adoptados, especialmente aquellos que tienen historia de vivencia institucional antes de la adopción, tienen un mayor riesgo de presentar trastornos del desarrollo, de la conducta y del vínculo. Por ello, la conducta, el desarrollo, el apego, el estrés en los padres y las relaciones hijos-padres en estas familias debe ser monitorizada, especialmente durante el periodo preadoptivo y los primeros años postadopción, ofreciendo la posibilidad de acudir a los servicios especializados de Salud Mental a estos niños y sus familias.

El periodo preadoptivo es una preparación para los futuros padres adoptivos, siendo un momento decisivo para aclarar sus dudas y replantear la actuación en el proceso adoptivo.

Las familias que adoptan niños mayores necesitan más educación preadoptiva y apoyo postadoptivo ya que los niños que permanecen más tiempo en el orfanato tienen incrementado el riesgo de presentar trastornos de conducta, dificultades escolares y disminución de su capacidad intelectual. Muchos de estos niños han nacido de madres con embarazos no controlados, con exposición prenatal a drogas, alcohol, tabaco o enfermedades de transmisión sexual (principalmente sífilis), experiencias de maltrato o negligencia en los cuidados del niño, malnutrición, enfermedades infecciosas y otros problemas médicos y muchos de ellos han vivido en residencias u orfanatos. Todos estos factores hacen que el momento inicial de transición en sus nuevas familias adoptivas sea potencialmente dificultoso.

Los niños adoptados cuestionan más intensamente su identidad en la adolescencia que los niños no adoptados, e incluso en los adoptados internacionales esto puede adelantarse en el tiempo, en parte por las diferencias raciales y culturales entre padres adoptivos y niños adoptados, siendo estos más notorios en la adopción internacional que en la nacional.

Los problemas de identidad pueden salir a la superficie más temprano en niños adoptados por lo que los profesionales de la salud deben estar más atentos a los problemas de conducta en familias con niños adoptados durante los años previos al inicio de la adolescencia.

Los niños adoptados presentan más trastornos de conducta que los niños no adoptados. Los niños con adopción internacional presentan más problemas de conducta y requieren en mayor medida seguimiento en unidades de Salud Mental que los no adoptados, aunque se encuentran bien adaptados. En la adopción internacional aparecen menos trastornos de conducta que en la adopción nacional.

Los clínicos deben conocer los riesgos que presentan los niños adoptados, tanto a nivel internacional como nacional, en presentar trastornos de conducta, especialmente los que sufrieron situaciones de adversidad, maltrato o abusos en el periodo preadoptivo. Los pediatras deben trabajar con estos niños y sus familias y deben ser conocedores de la vulnerabilidad de las familias adoptivas, siendo capaces de darles soporte escuchándoles, reconociendo, entendiendo y empatizando con estos niños y sus familias necesitadas.

Bibliografía

1. Johnson, D.E. International Adoption: What Is Fact, What Is Fiction, and What Is Future? *Pediatr Clin North Am.* 2005 Oct; 52 (5): 1221-1245.
2. Miller, L.C. Immediate Behavioral and Developmental Considerations for Internationally Adopted Children Transitioning to Families. *Pediatr Clin North Am.* 2005 Oct; 52 (5): 1311-1330.
3. Selman P. The demographic history of intercountry adoption. In Selman P, editor. *Developments, trends and perspectives.* London: British Agency for Adoption and Fostering; 2000. p 15-37.
4. Jenista, J. A. Special Topics in International Adoption. *Pediatr Clin North Am.* 2005 Oct; 52(5): 1479-1495.
5. Crespo, T; Legaz E; Meseguer, A. La preparación de solicitantes de adopción Internacional. [http://www.gva.es/Consellería bienestar social](http://www.gva.es/Consellería_bienestar_social).
6. Chambers J. Preadoption Opportunities for Pediatric Providers. *Pediatr Clin North Am.* 2005 Oct; 52 (5): 1248-1269.
7. Johnson DE. Medical and developmental sequelae of early childhood institutionalization in international adoptees from Romania and the Russian Federation. In: Nelson C, editor. *The effects of early adversity on neurobehavioral development.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associated; 2000. p.113-62.
8. Miller LC. Initial assessment of growth, development and the effects of institutionalization in internationally adopted children. *Pediatr Ann* 2000; 29 (4): 224-32.
9. Schulte EE; Springer SH. Health Care in the First Year International Adoption. *Pediatr Clin North Am* 2005 Oct; 52(5): 1332-49.
10. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, American Academy of Pediatrics. The paediatrician and childhood bereavement. *Pediatrics* 2000, 105 (2): 445-7.
11. Weitzman C; Albers L. Long-Term Developmental, Behavioral and Attachment Outcomes after International Adoption. *Pediatr Clin North Am* 2005 Oct; 52(5):1395-1419.
12. O'Connor TG; Marvin R; Rutter M et al. The English and Romanian Adoptees Study team. Child-parent attachment following early institutional deprivation. *Dev Psychopathol* 2003; 15: 19-38.
13. Gunnar MR, van Dulmen MH. Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children. *Dev Psychopathol.* 2007 winter; 19 (1): 129-48.
14. Miller L, Chan W, Comfort K, Tirella L. Health of children adopted from Guatemala: comparison of orphanage and foster care. *Pediatrics* 2005 Jun; 115 (6): e710-7.
15. Juffer F, van IJzendoorn MH. Behavior Problems and Mental Health Referrals of International Adoptees. A meta-analysis. *JAMA*, May

2005. Vol 293 (20): 2501-2515.
16. Miller LC. International adoption, behaviour and mental health. JAMA 2005 May 25; 293 (20): 2533-2535.
17. Rykkje L. Intercountry adoption and nursing care. Scand J Caring Sci. 2007 Dec; 21 (4): 507-14.
18. Harf A, Taïeb O, Moro MR. Externalizing behaviour problems of internationally adopted adolescents: a review. Encephale. 2007 May-Jun; 33 (3pt1): 270-6.
19. Von Borczyskowski A, Hjern A, Lindblad F, Vinnerljung B. Suicidal behaviour in national and international adult adopted study. Soc Psychiatry Epidemiol. 2006 Feb; 41 (2): 95-102.
20. Cantor-Graae E, Pedersen CB. Risk for schizophrenia in intercountry adoptees: a Danish population-based cohort study. J Child Psychol Psychiatry 2007 Nov; 48 (11): 1053-60.
21. Teilmann G, Pedersen CB, Skakkebeck NE, Jensen TK. Increased risk of precocious puberty in internationally adopted children in Denmark. Pediatrics. 2006 Aug; 118 (2): e391-9.
22. Smit EM, Delpier T, Tarantino SL, Anderson ML. Caring for adoptive families: lessons in communication. Pediatr Nurs. 2006 Mar-Apr; 32 (2): 136-43.
23. Juffer F, van Ijzendoorn MH. Adoptees do not lack self-esteem: a metaanalysis of studies on self-esteem of transracial, international, and domestic adoptees. Psychol Bull. 2007 Nov; 133 (6): 1067-83.
24. Van Ijzendoorn MH, Juffer F. The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional and cognitive development. J Child Psychol Psychiatr. 2006 Dec; 47 (12): 1228-45.
25. Van Ijzendoorn MH, Juffer F, Poelhuis CW. Adoption and cognitive development: a meta-analytic comparison of adopted and nonadopted children's IQ and school performance. Psychol Bull. 2005 Mar; 131 (2): 301-16.