

Hablemos de...

Patología psiconeurológica en adopción internacional

ADRIÁN GARCÍA-RON^a y JOSÉ SIERRA-VÁZQUEZ^b

^aUnidad de Neuropediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Infanta Cristina. Parla. Madrid. España.

^bCentro Seta. Sevilla. España.

dradriansito@yahoo.es; pepesierra13@hotmail.com

Puntos clave

● España es el país con la tasa más alta de adopciones internacionales por número de habitantes del mundo.

● Los niños adoptados internacionalmente son un grupo de alto riesgo psiconeurológico por haber estado expuestos a factores de riesgo sociosanitario potenciales y se debe protocolizar su asistencia.

● La edad de adopción, la institucionalización y el país de origen son los principales factores de riesgo que determinan la patología psiconeurológica de este grupo de niños.

● Los trastornos encontrados (motores, cognitivos, del lenguaje y de la conducta) son muy frecuentes, pero suelen ser leves y reversibles a corto o medio plazo.

● En los informes de los países de origen, especialmente países del este de Europa, los datos aportados son confusos, escasos, incompletos, con terminología médica inadecuada y en otras ocasiones alarmantes e incongruentes con la situación médica real.



Roger Ballabrera

Introducción

La adopción es un proceso social, emocional y legal que proporciona una nueva familia a los niños cuya familia biológica no puede o no está dispuesta a asumir su crianza¹.

España es uno de los países con menor tasa de natalidad, sin embargo en los últimos años se ha producido un aumento significativo del número de adopciones y ha cambiado además el perfil del niño adoptado, pues la mejora en la situación socioeconómica de España, unida al mayor control de la natalidad en los sectores más desfavorecidos, ha disminuido la oferta de niños autóctonos en adopción. Por ello, nos hemos incorporado en la última década a la adopción internacional, que ha aparecido como un fenómeno social de incremento casi exponencial, de tal forma que en 2004 nos convertimos en la segunda nación del mundo en número absoluto de adopciones internacionales, por detrás de EE.UU., y los primeros en tasa de adopciones por número de habitantes.

Según el Ministerio de Educación, Deporte y Política Social, desde 1997 hasta el año 2008 se han adoptado 40.741 menores internacionales en España^{2,3} (tabla 1).

Esta nueva situación ha supuesto la llegada a las familias españolas de niños procedentes de países donde la situación socioeconómica no ha cambiado y el abandono precoz en orfanatos, el abuso de tóxicos por las madres, el mal control sanitario y la malnutrición condicionan un riesgo para su desarrollo físico, psíquico y neurológico⁴.

Los principales países de procedencia de los niños que se adoptan en España son, por orden de frecuencia, los países del este de Europa (Rusia, Rumanía, Ucrania), Asia, África (Etiopía fundamentalmente) y Latinoamérica (Colombia, Ecuador, Perú, Guatemala y Nicaragua)^{5,6}.

Aunque en los últimos 3 años se ha observado una mejora del nivel medio de estado de salud a su llegada, los niños adoptados internacionalmente son un grupo de alto riesgo pues tienen el antecedente de haber estado expuestos a factores de riesgo sociosanitario potenciales y debemos protocolizar su asistencia mediante una valoración médica sistematizada.

El objetivo de este artículo es llevar a cabo una revisión bibliográfica sobre este tema. Analizar las características principales de los niños adoptados, los países de procedencia, los trastornos psiconeurológicos encontrados con más frecuencia y los factores que intervienen en su aparición y evolución, de cara a facilitar un mejor tratamiento desde atención primaria a una población cada vez más numerosa.

Factores de riesgo

En la tabla 2 se exponen los principales factores de riesgo, que se analizan seguidamente:

— Edad de adopción: determina el tiempo que el niño ha estado expuesto a situaciones adversas (malnutrición, infecciones, institucionalización, maltrato o privación afectiva). Se ha comprobado que cuanto más duran estas condiciones adversas, más baja es la capacidad de recuperación, pues la intervención precoz es la que marca el pronóstico⁷.

— Institucionalización: es uno de los principales factores de riesgo relacionados con las alteraciones neuropsicológicas descritas, pues se produce en un período crítico del desarrollo temprano y provoca alteraciones del vínculo que en muchos casos tendrán implicaciones para toda la vida en el desarrollo social, conductual, cognitivo y emocional. Tanto los estudios históricos como los más recientes han demostrado una relación directa entre el tiempo de institucionalización y el desarrollo postadoptivo, siendo este peor cuanto mayor es el tiempo de institucionalización⁸⁻¹².

País de procedencia

— Países del este de Europa incluido Kazajastán: desde 2006 constituyen el primer lugar de origen, y aunque ha mejorado

Tabla 2. Factores de riesgo neuropsicológicos

País de procedencia
Edad de adopción
Tiempo de institucionalización
Agresión prenatal
Tóxico durante el embarazo (alcohol, cocaína, tabaco, etc.)
Interrupciones voluntarias del embarazo fallidas
Infecciones prenatales
Mal control del embarazo
Antecedentes perinatales
Abuso físico o psíquico
Abandono precoz
Malnutrición
Infecciones

Tabla 1. Adopciones por continentes y países de origen de los niños

Continente	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
América Latina	631	960	895	905	721	593	679	582	564	490	374
Asia	217	295	443	686	1.105	1.586	1.194	2.577	2.854	2.041	1.269
Europa del Este	97	216	645	1.439	1.569	1.395	1.915	2.111	1.727	1.567	1.460
África	0	16	23	32	31	51	163	268	278	374	545
Total	945	1.487	2.006	3.062	3.426	3.625	3.951	5.541	5.423	4.472	3.648

España en los últimos años se ha convertido en el primer país en número de adopciones internacionales. Esto ha supuesto la llegada a las familias españolas de niños procedentes de países donde el abandono precoz en orfanatos, la privación afectiva o la malnutrición condicionan un riesgo para su desarrollo físico, psíquico y neurológico. Los principales países de origen son, por orden de frecuencia, los países del este de Europa, Asia, Latinoamérica y África. La patología neuropsicológica esperada en el niño adoptado y su pronóstico depende de varios factores de riesgo que actúan de forma acumulativa. El país de origen por sus características sociosanitarias y la edad de adopción, pues de ella depende el tiempo al que los niños están sometidos a los factores adversos, son determinantes. Las principales alteraciones encontradas son los trastornos de conducta, el retraso psicomotor, alteraciones cognitivas, del lenguaje, trastornos del aprendizaje y de las relaciones sociales. Es crucial conocer la patología neuropsicológica en este grupo de niños y sistematizar su asistencia para una detección y tratamiento específico lo más precoz posible

mucho su situación, el aumento en el número de adopciones de niños procedentes de estos países se explica por la precariedad en las condiciones socioeconómicas y sanitarias. El deficiente control y el abuso de tóxicos durante el embarazo, las altas tasas de prostitución y el mayor tiempo de institucionalización en orfanatos convierten a los niños procedentes de estos países en un grupo de alto riesgo en el desarrollo neuroevolutivo posterior.

— Países asiáticos, principalmente China: las razones culturales y su política de control de natalidad hace que haya numerosas niñas en espera de adopción. La colaboración del gobierno chino con organizaciones no gubernamentales ha mejorado las condiciones sanitarias y ha facilitado los trámites para que estas niñas sean adoptadas a menor edad y tras estancias en orfanatos más cortas⁴.

— África: los niños procedentes de este continente vienen fundamentalmente de Etiopía. Son países con los indicadores de mortalidad infantil (menores de 5 años) y neonatal mayor del mundo, también con mayor número de huérfanos. Sus problemas principales derivan de los antecedentes perinatales, infecciones y malnutrición.

— Latinoamérica: la pobreza extrema, el abandono en las calles, la malnutrición, las infecciones y la mayor edad en el momento de la adopción son los principales factores que determinan la problemática de estos niños¹³.

— Otros factores de riesgo: antecedentes perinatales, malnutrición, infecciones, entre otros.

Patología psiconeurológica

— Alteraciones del desarrollo psicomotor: el 40-75% de los niños adoptados tienen cierto retraso en una o más áreas en el momento de la adopción. La privación afectiva, la malnutrición y la institucionalización son las causas principales, y este retraso mejora al retirar al niño de su medio. Se estima aproximadamente un mes de retraso por cada 5 meses de institucionalización¹⁴. Peor pronóstico tienen aquellos niños con problemas neurológicos complejos secundarios a antecedentes

perinatales (prematuridad, encefalopatía hipóxico-isquémica, infecciones intrauterinas y tóxicos).

— Alteraciones cognitivas: se ha descrito un retraso mayor del 50% en el test de Denver en el 60% de los niños en el momento de adopción. A mayor tiempo de institucionalización, mayor probabilidad de alteraciones cognitivas. Se estima una pérdida de 10 puntos en el cociente intelectual por cada 6 meses de institucionalización. En estudios de seguimiento a largo plazo y según encuestas a padres se ha observado que el 80% es normal a los 7 años de vida, el 13% tiene alteraciones en el aprendizaje y en el 6% se mantienen alteraciones graves debido a retraso mental, parálisis cerebral infantil (PCI) u otras anomalías más complejas¹⁰⁻¹².

— Trastornos de conducta: existe un riesgo 5 veces mayor en los niños adoptados de padecer alteraciones del comportamiento¹⁵. El más descrito en todas las series es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), con una prevalencia en torno al 15% de la población adoptada. Según el Grupo de estudio Inglés sobre la adopción de Rumanos⁸⁻¹¹ la prevalencia de TDAH aumenta cuanto mayor es el tiempo de institucionalización, y pasa del 13,6% en los niños que han estado menos de 6 meses institucionalizados hasta el 38% en aquellos que han estado más de 24 meses en orfanatos. Otras alteraciones descritas son estereotipias aisladas, trastorno reactivo del vínculo (TRV) y conducta autista. Esta última ha sido descrita por Rutter¹⁶ en niños procedentes de orfanatos rumanos cuya sintomatología es indistinguible del autismo clásico, con la diferencia de una mejor evolución al retirar las condiciones que lo desencadenan¹⁶.

— Alteraciones del lenguaje: el retraso en la adquisición del lenguaje suele ser uno de los motivos de consulta más frecuente, sin embargo en estudios a largo plazo se ha observado que lo adquieren con una trayectoria similar a los nativos una vez que inician su nueva vida en la familia de adopción. Peor pronóstico se ha descrito en aquellos niños que ya conocían su lengua nativa. Esta adquisición rápida de la nueva lengua no se relaciona con un éxito futuro en los aspectos académicos relacionados con el lenguaje^{17,18}. Ante un niño adoptado con alteraciones del lenguaje habrá que preguntarse por su audición, el nivel lingüístico preadoptivo y el tiempo que lleva en su nuevo entorno.

— Trastornos del aprendizaje: generalmente no suponen un problema en el momento de la adopción, sino al inicio de la escolarización. Suelen ser secundarios a un déficit de atención, problemas neurosensoriales no identificados, retraso mental, etc.

— Trastornos de las relaciones sociales: son muchas las alteraciones emocionales y conductuales descritas en niños adoptados, derivadas de la adaptación a una nueva familia, cultura, religión e incluso nombre. Una etapa crítica para el desarrollo de estos trastornos es la adolescencia, momento en el cual estos niños suelen plantearse preguntas acerca de sus padres biológicos, su cultura, etc. Un trastorno importante, por su desconocimiento y difícil diagnóstico, es el TRV, clasificado en la cuarta revisión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) con 2 subtipos: tipo inhibido (F94.1) y tipo desinhibido (F94.2). Se define por relaciones sociales alteradas o inadecuadas al grado de desarrollo del sujeto, iniciadas antes de los 5 años y se manifiesta clínicamente por relaciones sociales inhibidas o por sociabilidad indiscriminada con incapacidad para establecer vínculos selectivos apropiados. Estos síntomas no se pueden explicar por un retraso en el desarrollo y no cumplen criterios de trastorno generalizado del

desarrollo^{9,11,12,19,20}. Pueden manifestarse en todos aquellos niños que hayan experimentado un trastorno en el desarrollo del vínculo en los primeros 18 meses de vida, como ocurre en otras situaciones de privación afectiva (divorcio, maltrato, hospitalizaciones prolongadas, etc.).

Conclusiones

Los niños adoptados internacionales experimentan típicamente antes de unirse a sus nuevas familias unas circunstancias de vida, fundamentalmente la institucionalización, que suponen un gran impacto para su salud y desarrollo madurativo postadoptivo. La mayoría de los estudios publicados han relacionado el tiempo de institucionalización y los cuidados recibidos durante este tiempo con un mayor riesgo de presentar alteraciones del desarrollo neurológico, del comportamiento, del lenguaje y alteraciones emocionales después de la adopción⁸⁻¹². A partir de estos estudios parece bastante claro que los niños adoptados internacionales son un grupo de riesgo psiconeurológico y es necesario el conocimiento de la patología que pueden presentar para realizar un diagnóstico precoz e iniciar un programa personalizado de atención temprana según el trastorno.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

1. Simms MD, Freundlich M. Adopción. En: Behrman RE, Kliegman RM, Jensen HB, editores. Nelson. Tratado de pediatría. 17.ª ed. Madrid: Elsevier; 2004. p. 113-4.

2. Ministerio de Educación, Deporte y Política Social [consulta 23-03-2010]. Disponible en: <http://www.educacion.es/dctm/mepsyd/politica-social/familias-infancia/pagina-web-definitivo-estadistica-2003-07.pdf?documentId=0901e72b80027856>
3. ● Coordinadora de Asociaciones en defensa de la Adopción y Acogimiento. Guía consensuada de salud en adopción internacional CORA 2008 [consulta 27-03-2010]. Disponible en: <http://www.coraenlared.org/index.php?id=79>
4. ●● Hernández Muela S, Mulas F, Téllez de Meneses M, Roselló B. Niños adoptados: factores de riesgo y problemática neuropsicológica. Rev Neurol. 2003;36 Suppl 1: S108-17.
5. Consejería para la igualdad y el bienestar social de la Junta de Andalucía [consulta 26-10-2009]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestar-social/export/Infancia_Familia/HTML/archivos/CUADRO2_caracteristicas_AI_MOD.2008.pdf
6. Asociación SAFI [consulta 26-10-2009]. Disponible en: www.asociacion safi.blogspot/2009/cifras-de-adopcion-en-la-cvalenciana.html
7. Weitzman C, Albers L. Long-term developmental, behavioral, and attachment outcomes after international adoption. Pediatr Clin N Am. 2005;52:1395-419.
8. Rutter M, Kreppner J, O'Connor TG for the English and Romanian Adoptees Study Team. Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. Br J Psychiatry. 2001;179:97-103.
9. ●● O'Connor TG, Rutter M for the English and Romanian Study Team. Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000;39:703-12.
10. ●● O'Connor TG, Rutter M, Beckett C, Keaveney L, Kreppner JM, for the English and Romanian Study Team. The effects of global severe privation on cognitive competence: extension and longitudinal follow-up. Child Dev. 2000;71: 376-90.
11. O'Connor TG, Brendenkamp D, Michael R, The English and Romanian Study Team. Attachment disturbance and disorders in children exposed to early severe deprivation. Infant Ment Health J. 1999;20:10-29.
12. ●● Weitzman C, Albers L. Long-term developmental, behavioural, and attachment outcomes after international adoption. Pediatr Clin North Am. 2005;52:1395-419.
13. Miller L, Chan W, Comfort K, Tirella L. Health of children adopted from Guatemala: comparison of orphanage and foster care. Pediatrics. 2005;115:710-7.
14. Albers LH, Johnson DE, Hostetter MK, Iverson S, Miller LC. Health of children adopted from the former Soviet Union and Eastern Europe. Comparison with preadoptive medical records. JAMA. 1997;278:922-4.
15. Verhulst FC, Althaus M, Versluis-den Bieman HJ. Problem behavior in international adoptees: I. An epidemiological study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1990; 29:94-103.
16. Rutter M, Andersen-Wood L, Beckett C, Brendenkamp D, Castle J, Groothues C, et al. Quasi-autistic patterns following severe early global privation. English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. J Child Psychol Psychiatry. 1999;40:537-49.
17. Glennen S, Masters M. Typical and atypical language developmental in infants and toddlers adopted from Eastern Europe. Am J Speech Lang Pathol. 2002;11:417-33.
18. Scott KA, Roberts JA, Krakow R. Oral and written language development of children adopted from china. Am J Speech Lang Pathol. 2008;17:150-60.
19. Tizard B, Hodges J. The effect of early institutional rearing on the development of eight year old children. J Child Psychol Psychiatry. 1978;19:99- 118.
20. Bruce J, Tarullo AR, Gunnar MR. Desinhibited social behavior among internationally adopted children. Dev Psychopathol 2009; 21: 157-71.