

“Consenso en adopción internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios”.

Resumen estructurado

A. Hernández Merino^a, A. Núñez López^b, A. Cortés Lozano^c, G. Oliván Gonzalvo^d,
J. Lirio Casado^e, M. de Aranzábal Agudo^f, M. García López-Hortelano^g, V. Fumadó Pérez^h

^aPediatra. CS Granero Vicedo. Servicio Madrileño de Salud (Área 8). Alcorcón, Madrid.

^bComisión de Salud, Asociación Atlas y CORA.

^cPediatra. Centro de Acogida del Instituto Madrileño del Menor y la Familia Casa de los niños, Consejería de la Familia y Asuntos Sociales, Comunidad de Madrid.

^dPediatra. Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Departamento de Servicios Sociales y Familia, Gobierno de Aragón, Zaragoza.

^ePediatra. Unidad de Pediatría Social, Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid.

^fPediatra. CS Agurain, Vitoria.

^gPediatra. Unidad de Pediatría Tropical, Hospital Carlos III, Madrid.

^hPediatra. Unidad de Patología Importada, Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2006; 8 Supl 2:S41-53

Ángel Hernández Merino, ahernandez.gapm08@salud.madrid.org

Resumen

Se presenta un resumen estructurado del documento “Consenso en adopción internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios” publicado en noviembre de 2005. El resumen presentado trata de ser una muestra representativa del conjunto del documento original y reflejar con fidelidad su contenido y propósitos.

La adopción internacional ha aumentado en nuestro entorno de forma extraordinaria. En el período de tiempo de 1997 a 2004 han llegado a nuestro país 24.042 niños procedentes de 49 países. Los niños adoptados en el extranjero tienen mayor riesgo de presentar problemas de salud. El viaje y la estancia en el extranjero implican riesgos adicionales. Se describen el contenido de la consulta preadoptiva y las recomendaciones para llevar a cabo una evaluación completa tras la llegada del niño desde su lugar de origen a su nueva familia. También se destaca la necesidad de hacer un seguimiento longitudinal a largo plazo.

Palabras clave: Adopción, Adopción internacional, Atención Primaria, Pediatría.

Abstract

We present a structured summary of the document “Consensus on international adoption. Guidelines for paediatricians and other health professionals” published on November 2005. The summary presented tries to be a representative sample of the whole original document and to reflect its contents and proposals with fidelity. International adoption has increased in an extraordinary way in our country. Between 1997 and 2004, 24042 children from 49 countries have arrived. Children adopted abroad have an increased risk of presenting with health problems. The journey and stay abroad implies additional risks. We describe the contents of the preadoptive medical visit and recommendations for making a complete evaluation after the arrival of the child from his/her country of origin to the new family. We also stress the need of undertaking a long follow up.

Key words: Adoption, International adoption, Primary care, Paediatrics.

Objetivo

Este artículo pretende presentar un resumen estructurado del documento "Consenso en adopción internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios"¹ publicado en noviembre de 2005. Se incluyen dos tablas con información tomada del original. Animamos a los lectores a consultar el documento original completo para ampliar la información y buscar aclaraciones.

El resumen presentado trata de ser una muestra representativa del conjunto del documento original y reflejar con fidelidad su contenido y propósitos.

Grupo de desarrollo del proyecto y documento final

Promotores: Asociación Atlas en Defensa de la Adopción. CORA (Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento, www.coraenlared.org).

Coordinación general: Alberto Núñez López (Comisión de Salud en Atlas y CORA). Francisco Rúa Vizoso (Presidente de Atlas y CORA).

Autores (por orden alfabético): Maite de Aranzábal Agudo (Pediatra. C.S. Agurain, Vitoria. Coordinadora del gru-

po de Inmigración, Adopción y Cooperación Internacional de la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria). Ángel Cortes Lozano (Pediatra. Residencia infantil del IMMF Casa de los niños. Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid). Victoria Fumadó Pérez (Pediatra. Unidad de Patología Importada del Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona). Milagros García López-Hortelano (Pediatra. Unidad de Pediatría Tropical. Hospital Carlos III. Madrid). Ángel Hernández Merino (Pediatra. C.S. Granero Vicedo. Servicio Madrileño de Salud. Área 8. Alcorcón, Madrid). Julián Lirio Casado (Pediatra. Unidad de Pediatría Social. Hospital Niño Jesús. Madrid). Gonzalo Oliván Gonzalvo (Pediatra. Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Departamento de Servicios Sociales y Familia. Gobierno de Aragón. Zaragoza).

Avales científicos

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap, www.aepap.org).

Sección de Pediatría Social de la AEP (www.pediatriasocial.com).

¹"Consenso en adopción internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios" ha contado con financiación procedente de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y de las asociaciones Atlas y CORA. Los autores no han recibido ninguna remuneración por su participación en los trabajos de elaboración del documento original ni de este artículo.

Fuentes de financiación

Comunidad de Madrid. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Instituto Madrileño del Menor y la Familia.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Subsecretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad.

CORA (Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento) / Asociación Atlas en Defensa de la Adopción.

Metodología

Documento elaborado por consenso adaptando y ampliando un borrador inicial de G. Oliván Gonzalvo. El grupo de trabajo ha seguido exclusivamente lo dictado por el criterio de sus componentes y el debate y consenso del grupo.

Las opiniones y contenidos de este documento corresponden en exclusiva a los autores. Las entidades promotoras y las instituciones que han apoyado y avalado el proyecto no comparten necesariamente todas las afirmaciones y recomendaciones de los autores.

Esta guía se presentó públicamente el 25 de noviembre de 2005 en la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

Contenido del documento

1. Introducción.

Justificación. Objetivos.

2. La consulta médica preadoptiva:

los factores de riesgo sociosanitario y los problemas de salud. Generalidades. Factores de riesgo y problemas de salud específicos por área geográfica o país de procedencia (Federación Rusa y Europa del Este; China y sudeste de Asia; Latinoamérica; Subcontinente Indio; África). Los informes preadoptivos y los datos que se van a obtener. El viaje y la estancia en el extranjero. Algoritmo de preadopción.

3. Postadopción: la evaluación médica inicial (cuándo realizarla; qué evaluar). El seguimiento (crecimiento, estado de nutrición y desarrollo puberal; desarrollo psicomotor y neuromadurativo; estado de inmunización; visión y audición; dentición; edad cronológica; desarrollo afectivo-emocional, del comportamiento, del lenguaje y de la adaptación social; otras evaluaciones). Algoritmo de postadopción.

4. El pronóstico evolutivo.

5. Bibliografía. Anexos: centros de vacunación internacional.

6. Relación de tablas y figuras (tabla I).

Tabla I. Relación de tablas y figuras incluidas en el documento original

Tablas

1. Adopciones internacionales en España, 1997-2004.
2. Factores de riesgo generales de los países de origen.
3. Factores de riesgo previos a la institucionalización.
4. Factores de riesgo durante la institucionalización.
5. Problemas de salud muy frecuentes.
6. Problemas de salud frecuentes.
7. Problemas de salud infrecuentes.
8. Indicadores sociosanitarios de los principales países de procedencia.
9. Problemas de salud observados en niños adoptados en Rusia y países de Europa del Este.
10. Calendario vacunal (hasta los 7 años de edad) de los principales países de Europa del Este donde adoptan las familias españolas.
11. Pauta vacunal habitual en China.
12. Enfermedades encontradas en niños adoptados procedentes de China.
13. Programa ampliado de inmunización en Latinoamérica.
14. Perfil de enfermedades de especial prevalencia e impacto en la India y Nepal.
15. Deficiencias observadas en los informes médicos preadoptivos.
16. Datos médicos y sociosanitarios que hay que obtener de todo niño adoptable en el extranjero.
17. Características de un vídeo válido para estudio preadoptivo.
18. Consejos y normas sanitarias para viajeros internacionales.
19. Inmunizaciones recomendadas de forma sistemática a las familias adoptivas que viajan al extranjero.
20. Inmunizaciones recomendadas de forma restringida a las familias adoptivas que viajan al extranjero.
21. Profilaxis antipalúdica.
22. Fármacos utilizados en la quimioprofilaxis antipalúdica.
23. Contenido del botiquín médico de viaje en adopción internacional.
24. Evaluación médica inicial recomendada a todos los niños adoptados en el extranjero.
25. Evaluación médica inicial recomendada a algunos niños adoptados en el extranjero.
26. Seguimiento médico de los niños procedentes de adopción internacional.
27. Número mínimo de dosis vacunales puestas para considerar a un niño suficientemente inmunizado.
28. Pautas de vacunación recomendadas para niños no vacunados, según edad.

Figuras

1. Adopciones internacionales (España, 1997-2004). Evolución del número de adopciones.
2. Adopciones internacionales (España, 1997-2004). Procedencia por continentes.
3. Distribución porcentual de los niños adoptados en la Federación Rusa y países de Europa del Este por familias españolas (1997-2004).
4. Exposición prenatal a agentes infecciosos en niños adoptables de la Federación Rusa y países de Europa del Este por familias españolas (2000-2004).
5. Exposición prenatal a factores tóxicos del desarrollo embrio-fetal en niños adoptables de la Federación Rusa y países de Europa del Este por familias españolas (2000-2004).
6. Mortalidad infantil en África. Causas de mortalidad infantil en África.

Resumen del documento: “Consenso en adopción internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios”.

Introducción

La adopción internacional ha aumentado en nuestro entorno de forma extraordinaria. La adopción es un proceso no exento de dificultades. Los niños adoptados en el extranjero tienen mayor riesgo de presentar problemas de salud física, del desarrollo neuromadurativo, psicopatológicos y de adaptación social, por haber estado expuestos a múltiples factores potenciales de riesgo.

El viaje y la estancia en el extranjero implican riesgos –en su mayoría prevenibles– de adquirir enfermedades transmisibles. Por ello, es necesario asesorarse sobre las medidas necesarias para evitarlos o prevenirlos.

También hay que tener en cuenta que:

- Alrededor de un 10-15% de los niños procedentes de adopción internacional presenta a su llegada problemas de salud física y/o mental no reconocidos o sospechados antes de la adopción.
- Las enfermedades infecciosas están presentes hasta en un 35% de estos niños; existe el peligro, aunque bajo,

de transmisión a otros miembros de la familia o de la comunidad.

Por ello, en el niño adoptado en el extranjero es indispensable realizar una evaluación médica sistematizada tras su llegada. Los objetivos son mejorar su estado general de salud, promover su desarrollo integral y evitar problemas de adaptación familiar y social.

Justificación

La Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General en 1989, firmada y ratificada por España en 1990, indica en su artículo 21 que la adopción internacional es una medida de protección del menor que ha de ser utilizada en último extremo, una vez agotadas todas las posibilidades de que el menor pueda permanecer en el seno de su familia biológica o, en todo caso, en el Estado que le vio nacer, a fin de evitar el posible desarraigo que pueda ocasionar al menor el traslado a un país diferente del suyo².

El Convenio de La Haya, de 29 de mayo de 1993, relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional, ha supuesto un reto importante en cuanto al establecimiento de garantías legales en el

ámbito de la tramitación de las adopciones internacionales. Sin embargo, no todos los países de origen de los niños adoptados en el extranjero han suscrito dicho convenio, y en éste no se han arbitrado las medidas necesarias destinadas a garantizar la información de ámbito sociosanitario que se debe proporcionar sobre los menores adoptables³.

Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales⁴, el total de niños adoptados en nuestro país en el período 1997-2004 fue de 24.042; éstos procedían de 49 países, aunque seis de ellos (China, Federación Rusa, Colombia, Ucrania, Rumania e India) suponen el 78% del total.

El Senado de España en su sesión plenaria del 7 de marzo de 2002 constituyó la Comisión Especial sobre la Adopción Internacional. Esta comisión publicó su informe en el Boletín Oficial de las Cortes Generales de 9 de diciembre de 2003⁵ y fue aprobado por unanimidad en Sesión Plenaria de la Cámara celebrada el 10 de diciembre de 2003. En este informe la comisión formuló una serie de importantes recomendaciones en el ámbito normativo de las Administraciones y en relación con las entidades colaboradoras en adopción internacional; entre las recomendaciones formuladas destaca la de "establecer un protocolo médico-pediátrico de evaluación".

La Asociación Atlas en Defensa de la Adopción y la Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento (CORA) promovieron el estudio "Encuesta estatal de salud en adopción 2004" publicado en septiembre de ese año⁶. Este estudio concluyó que "la disposición de unos protocolos médicos comunes para la evaluación inicial y el seguimiento de los niños procedentes de adopción internacional evitaría diferencias asistenciales entre centros, evaluaría y detectaría de forma adecuada las alteraciones presentes o futuras que pudieran afectarles, y daría mayor seguridad a las familias".

Objetivos

1. Establecer, a través de la consulta médica preadoptiva, un procedimiento de información y asesoramiento dirigido a las familias involucradas en una adopción internacional.
2. Hacer recomendaciones para la evaluación inicial y el seguimiento de los niños procedentes de adopción internacional.

La consulta médica preadoptiva

Esta consulta debería realizarse tan pronto como los padres adoptantes reciban la asignación del niño, aunque algunos aspectos de ésta podrían abor-

darse una vez que han recibido su certificado de idoneidad y han elegido el país de origen de su hijo.

En esta consulta los futuros padres pueden ser asesorados sobre:

- Los factores de riesgo a los que puede estar y/o haber estado expuesto el niño.
- Los problemas de salud que con mayor frecuencia presentan estos niños y los específicos según el país de origen.
- Los datos de interés médico y sociosanitario que se deben obtener del menor asignado y la forma de obtenerlos.
- Aspectos epidemiológicos, medidas preventivas, conocimientos y normas básicas para viajes internacionales.
- Si disponen del informe médico del menor asignado, pueden ser informados sobre su estado de salud y asesorados sobre los posibles riesgos.
- Cuándo se debe realizar la primera evaluación médica tras su regreso, en qué consistirá, y la necesidad de realizar un seguimiento en el tiempo.

Los factores de riesgo sociosanitario y los problemas de salud.

Generalidades

Todos los niños procedentes de adopción internacional presentan el antecedente de haber estado expues-

tos a una serie de potenciales factores de riesgo sociosanitario: factores de riesgo generales propios de sus países de origen; factores de riesgo previos a su institucionalización; factores de riesgo acaecidos durante la institucionalización.

Respecto a los problemas de salud que se observan en los niños adoptados en el extranjero, se pueden clasificar en: problemas de salud muy frecuentes –detectados en más del 25% de los casos–; problemas de salud frecuentes –entre el 5-25% de los casos–; problemas de salud poco frecuentes –menos del 5% de los casos–. El 90% de los problemas son leves y reversibles a corto o medio plazo, un 5% son reversibles a largo plazo, y otro 5% deja secuelas o son irreversibles.

Factores de riesgo y problemas de salud específicos por área geográfica o país de procedencia

La República Popular de China, la Federación Rusa, Ucrania, Colombia, Etiopía y la India constituyeron los lugares de procedencia del 89,3% de los niños de adopción internacional en 2004 en España. Las particularidades políticas, sociales y sanitarias de cada uno de estos países conforman un escenario en el que se pueden identificar factores de riesgo pa-

ra la salud de los niños que pueden optar a la adopción internacional.

Los informes preadoptivos y los datos que hay que obtener

La evaluación e interpretación de los datos que ofrece el informe médico de los niños asignados para adopción debería servir para identificar la existencia de problemas médicos pasados y presentes, la necesidad presente o futura de evaluaciones médicas y tratamientos médicos o quirúrgicos, y la existencia de factores de riesgo que puedan afectar a su desarrollo a largo plazo o de manera irreversible. Sin embargo, los informes médicos preadoptivos que llegan de los países de origen suelen ofrecer, en general, una información deficiente, escasa e incompleta y, en muchas ocasiones, confusa, errónea o adulterada. Respecto a su calidad, podríamos catalogar como "aceptables" los procedentes de la India y los países Latinoamericanos, "limitados" los elaborados en países del sudeste de Asia y de África, "deficientes" los procedentes de China y países de Europa del Este, y "muy deficientes" los elaborados en la Federación Rusa.

El viaje y la estancia en el extranjero

El viaje y la estancia en el extranjero implican riesgos, la mayoría prevenibles,

de adquirir enfermedades transmisibles. Un 5% de las familias que viajan al extranjero para adoptar a un niño presenta una enfermedad infecciosa durante su estancia o tras su regreso, incluidas enfermedades propias de la infancia como el sarampión o la tos ferina. Además, sólo una cuarta parte de estas familias toma medidas preventivas de inmunización y/o quimioprofilaxis antes del viaje. Aproximadamente uno de cada cinco niños adoptados presenta alguna enfermedad durante el encuentro con la familia o en el viaje de regreso.

Por ello, en la medida de lo posible, y dependiendo del área geográfica a la que se va a viajar, la familia preadoptiva debe recibir información antes de iniciar el viaje sobre los siguientes aspectos: cómo identificar los riesgos y el modo de evitarlos, alertas sanitarias, las medidas preventivas, las instituciones a las que acudir en caso necesario y cuidados básicos del niño (botiquín médico de viaje).

Postadopción.

La evaluación médica inicial

Cuándo realizarla. Se aconseja realizar la primera evaluación pediátrica: de forma inmediata, si existen signos o síntomas clínicos de enfermedad aguda; en caso contrario, no demorarla más de 15 días tras la llegada.

Qué evaluar. Podemos diferenciar: una evaluación básica e inicial a todos los niños procedentes de adopción internacional y una evaluación específica que se añadirá a la anterior en determinados casos en dependencia de su edad, país de origen, informes médicos previos, signos o síntomas clínicos y/o datos del examen clínico-analítico inicial (tabla II).

El seguimiento

Es muy recomendable realizar un seguimiento prolongado en el tiempo. Este seguimiento debería ser multidisciplinar y sistematizado, y estar coordinado por el pediatra responsable del menor ya que es el profesional con el que toma primer contacto y su relación se va a prolongar hasta la adolescencia.

Evaluación y seguimiento del crecimiento, estado de nutrición y desarrollo puberal

La experiencia clínica obtenida en los últimos años nos indica que pueden utilizarse las gráficas de crecimiento y los estándares nutricionales de nuestro país desde la primera evaluación clínica.

Si los parámetros antropométricos son inferiores a -2 desviaciones estándar y no se observa en los 6 primeros meses un crecimiento recuperador, debe ser evaluado para descartar otros proble-

mas médicos, especialmente en los niños adoptados por debajo del año de edad. En los adoptados por encima del año de edad, y dependiendo del grado de retraso de crecimiento previamente existente, el crecimiento recuperador de la talla y del perímetro cefálico puede tardar más tiempo.

Es necesario valorar el desarrollo puberal en función de la etnia de origen. Con relativa frecuencia se han observado casos de pubertad adelantada en niñas adoptadas por encima de los 4 años de edad procedentes de la India, el sudeste de Asia y Latinoamérica.

Evaluación y seguimiento del desarrollo psicomotor y neuromadurativo

Durante la primera visita puede realizarse una evaluación preliminar, pero la primera evaluación formal debe llevarse a cabo 1 ó 2 meses después de la llegada y repetirse a los 6 meses, momento que será más representativo del nivel de desarrollo del niño. En esta segunda evaluación, si el niño muestra un retraso mayor al transicional esperado o no se ha producido una mejoría en el área o áreas retrasadas, especialmente si tiene más de 1 año, debe remitirse a un servicio de estimulación temprana.

Tabla II. Evaluaciones recomendadas en niños adoptados en el extranjero

De forma sistemática, a todos los niños

- Exploración física completa
- Evaluación del crecimiento y estado de nutrición
- Evaluación del desarrollo psicomotor/neuromadurativo
- Búsqueda de secuelas de maltrato físico, sexual y/o emocional
- Evaluación del certificado oficial de inmunizaciones
- Evaluación de la visión y audición
- Pruebas de cribado de laboratorio:
 - Hemograma
 - Hierro y ferritina séricos
 - Bioquímica elemental
 - Cribado de raquitismo (fosfatasa alcalina, calcio, fósforo)
 - Bioquímica y sedimento de orina
 - Parásitos y huevos en heces (tres muestras)
 - Serología VIH (anti-VIH 1 y 2)
 - Serología hepatitis B (incluir los marcadores: HBsAg, anti-HBs, anti-HBc IgG total)
 - Serología hepatitis C (anti-HCV)
 - Serología sífilis (RPR y/o VDRL)
 - Prueba de tuberculina (técnica de Mantoux con 0,1 ml. 2 UT PPD RT 23)

Evaluación médica específica recomendada a algunos niños adoptados en el extranjero

- Analizar criterios clínicos diagnósticos de síndrome alcohólico fetal
- Evaluación de la dentición
- Evaluación del desarrollo puberal (si procede por edad o estadio de desarrollo)
- Evaluación de la edad cronológica
- Pruebas de cribado de laboratorio:
 - Estudio de hemoglobinopatías:
 - Electroforesis de hemoglobina (talasemias, drepanocitosis, otras hemoglobinopatías)
 - Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa
 - Urocultivo
 - Coprocultivo
 - Niveles de plomo en sangre venosa
 - Cribado endocrino-metabólico (hipotiroidismo, fenilcetonuria, etc.)
 - Función tiroidea (T4 total, T4 libre, TSH)
 - Investigación de plasmodium (gota gruesa y frotis de sangre periférica)
 - Investigación de citomegalovirus (cultivo de orina, IgM, IgG), toxoplasmosis y rubéola (IgM, IgG)
 - Serología hepatitis A (IgM, IgG)
 - Serologías vacunales (considerar coste/beneficio)
 - Serología de enfermedad de Chagas

Ver notas aclaratorias en el documento original¹

Evaluación, seguimiento y actualización del estado de inmunización

Deben revisarse las vacunaciones administradas en el país de origen y adecuarlas a las de la comunidad adoptiva. La evaluación incluye: valoración de los registros vacunales y la actualización vacunal. El objetivo es que el niño alcance en el menor plazo posible el estatus vacunal de cualquier niño del entorno. Hay diversas fuentes donde consultar los calendarios vacunales vigentes en los países de procedencia de niños adoptados internacionalmente.

Evaluación y seguimiento de la visión y de la audición

Durante la evaluación médica inicial o las siguientes evaluaciones, se realizará una exploración de la agudeza visual y auditiva.

Evaluación y seguimiento de la dentición

Evaluación de la integridad de la dentición primaria y prevención del daño posterior de la dentición secundaria.

Evaluación y seguimiento de la edad cronológica

En los casos en que existan dudas de la edad cronológica oficial, ésta se determinará a través de la edad ósea, la

edad dental, el nivel de desarrollo psicomotriz y el nivel de desempeño escolar y social. Debe realizarse a la llegada y 12 meses después de la adopción.

Seguimiento del desarrollo afectivo-emocional, del comportamiento, del lenguaje y de la adaptación social

Se debe aconsejar que desde el primer contacto con el niño, los padres le ofrezcan cariño y entrega, pero que tengan paciencia, sean prácticos y eviten el estrés.

Vinculación afectiva; en los primeros momentos es frecuente que los padres estén preocupados por un comportamiento poco afectivo de su hijo.

Trastornos de la alimentación; los trastornos en la alimentación son uno de los problemas del comportamiento más frecuentemente observados.

Alteraciones del desarrollo en el lenguaje; la mayoría de los niños adoptados en el extranjero aprende rápidamente a comunicarse en el nuevo idioma de los padres y a manejarse en el lenguaje cotidiano. Sin embargo, un importante número de estos menores, que aumenta con la edad de la adopción, tiene dificultades en el lenguaje de tipo académico y abstracto.

Problemas de adaptación social-escolar; se aconseja que la introducción en el

sistema escolar sea gradual y progresiva, según las características de cada niño.

Trastornos de la conducta; hay una mayor tendencia en los niños postinstitucionalizados, especialmente en los adoptados con más de tres años de edad, a mostrar algunos trastornos de conducta.

Otras evaluaciones y seguimientos

Sobre la base de la información existente en los informes médicos del país de origen, los hallazgos clínicos y de laboratorio de la evaluación médica inicial, los controles de seguimiento evolutivo y la posible aparición de problemas de salud física y/o mental previamente no detectados o nuevos, podrá ser necesario consultar o derivar a otros especialistas.

El pronóstico evolutivo

La adopción internacional ha demostrado ser muy satisfactoria como medio para proteger el bienestar y el desarrollo físico, madurativo y emocional del menor, de manera que los niños adoptados crecen significativamente mejor y tienen mejores resultados en inteligencia, rendimiento académico, relaciones personales y adaptación psicológica y social, que los menores que crecen en ambientes de institucionalización, en situación de acogida provisional o en sus

familias biológicas cuando no están comprometidas en su crianza.

Respecto a los problemas de salud física y los retrasos del desarrollo psicomotor y neuromadurativo que con mayor frecuencia se detectan en los niños adoptados en el extranjero tras su evaluación médica inicial, habitualmente se han solucionado o recuperado tras el primer año de convivencia con la familia adoptiva.

Hay que tener presente que un porcentaje nada despreciable de estos niños, alrededor del 5%, presenta serios problemas de salud difícilmente recuperables o irrecuperables. La existencia de estos problemas puede provocar en algunas familias situaciones de inadaptación.

Las investigaciones han demostrado que, por lo general, el proceso de convertirse en padres e hijos en adopción internacional es exitoso y la mayoría de las familias y de los menores lo viven con satisfacción tras un período de acoplamiento inicial. Pero esto no quiere decir que dicho proceso esté exento de retos, riesgos y dificultades. En ocasiones esta integración no llega a producirse y la convivencia llega a ser insoportable para los miembros de la familia. Se estima que un 1-2% de las adopciones internacionales se rompen, porcentaje que se triplica cuando el niño era mayor de 6 años en el momento de ser adoptado.

Bibliografía

1. De Aranzábal Agudo M, Cortés Lozano A, Fumadó Pérez V, García López-Hortelano M, Hernández Merino Á, Lirio Casado J, y cols. *Consenso en adopción internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios*. Madrid: CORA / Asociación Atlas en Defensa de la Adopción y el Acogimiento; 2005. [actualizado en febrero de 2006] [consultado el 10 abr 2006]. Disponible en www.coraenlared.org/contenidos/salud.htm
2. Naciones Unidas. *Convención sobre los Derechos del Niño*. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 1999;1:139-61.
3. Convenio de La Haya del 29 de mayo de 1993 relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de Adopción Internacional. BOE núm. 182, martes 1 agosto 1995, página 23.448. [en línea] [consultado el 5 jun 2005]. Disponible en <http://portal.aragob.es/iass/Menores/DocsPDF/ConvenioLaHaya.pdf>
4. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Dirección General de las Familias y la Infancia. *Adopciones Internacionales 1997-2004*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005. [consultado el 26 abr 2006]. Disponible en <http://sociales.mtas.es/SGAS/FamiliaInfanc/infancia/Adopcion/Adopcion.pdf>
5. Informe de la Comisión Especial sobre la adopción internacional (650/000006). Boletín Oficial de las Cortes Generales, Senado, VII Legislatura, Serie 1: Boletín General, 9 de diciembre de 2003, n.º 775; p. 1-170. [consultado el 26 abr 2006]. Disponible en www.senado.es/legis7/publicaciones/pdf/senado/bocg/10775.PDF
6. Comisión de Salud de Atlas y CORA. *Encuesta Estatal de Salud en Adopción 2004*. [consultado el 26 abr 2006]. Disponible en www.coraenlared.org

