



Universidad
Carlos III de Madrid

Facultad de Humanidades, Comunicación y Documentación
D.G. Periodismo y Comunicación Audiovisual

Enfermedades que padecen los niños propuestos para la adopción internacional en Rusia: su situación en los orfanatos y el proceso de adaptación con la familia una vez llegan a España.

Dr. Gonzalo Oliván Gonzalvo
Director del Centro de Pediatría y Adopción Internacional
Zaragoza

1. En sus artículos comenta que el marco que rodea a los menores en Rusia da lugar a que tengan un riesgo elevado de presentar problemas de salud física y/o mental. ¿Qué enfermedades son más comunes que padezcan los menores adoptados en Rusia: físicas o neuropsicológicas? ¿Por qué?

La mayoría de los niños adoptados en Rusia llegan a nuestro país con edades comprendidas entre los 20 y los 45 meses, con una media de casi 3 años de edad. A su llegada suelen observarse, prácticamente por igual, tanto problemas de salud física como mental.

Entre los problemas físicos destacan por su prevalencia el retraso de crecimiento, la anemia por falta de hierro, un inadecuado estado de inmunización, patologías dermatológicas (principalmente dermatitis atópica e infecto-parasitarias), parasitosis intestinal, patologías oculares (trastornos de refracción, ambliopía y estrabismo), daños del esmalte dental y caries, inflamaciones o infecciones del aparato respiratorio superior e inferior, e infección tuberculosa latente. Entre los problemas de salud mental destacan por su prevalencia el retraso del desarrollo psicomotor y los trastornos de apego, adaptación y comportamiento (alimentación, sueño, actividad motórica, estereotipias, atención, concentración, impulsividad, enuresis, etc.).

Estos problemas de salud física y mental se solucionan o se recuperan tras el primer año de convivencia con la familia adoptiva en la mayoría de los casos. Sin embargo, en los niños que presentan retrasos graves del desarrollo físico o psicológico a su llegada la recuperación puede tardar más años. En particular respecto de la recuperación psicológica del área cognitiva, hay que señalar que es muy dependiente del nivel de retraso que se presenta a la llegada y que en un 15% de los niños no se ha recuperado de forma absoluta tras tres años de seguimiento. Es pues a partir de los 6 años de edad cuando los problemas neuropsicológicos y las derivaciones a servicios de salud mental se hacen más prevalentes, principalmente por trastornos de conducta, trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y trastornos cognitivos. Los trastornos de adaptación social y del vínculo son poco frecuentes. Respecto a las causas existe consenso generalizado de que las circunstancias y situaciones adversas previas a la institucionalización y las acaecidas durante la misma juegan el papel más significativo, y que cuantas más adversidades acumuladas, mayor es el riesgo de presentar trastornos neuropsicológicos.



2. Entre los principales problemas de salud del ranking que elabora con los niños que han pasado por el Centro de Pediatría y Adopción Internacional de Zaragoza, me llama la atención el retraso de crecimiento y neuromadurativo que padecen muchos de ellos. ¿A qué se debe?

En los dieciséis años que llevamos de experiencia, hemos observado que el 60% de los menores adoptados en Rusia presentan retraso de crecimiento físico y/o neuromadurativo en la evaluación inicial a su llegada.

Los factores etiológicos son numerosos, pueden ser previos a la institucionalización o durante la misma, y la mayoría de estos niños asocian varios. Entre las múltiples causas destacan: la exposición prenatal al alcohol; haber nacido prematuro o con retraso de crecimiento intrauterino; haber sufrido malos tratos y/o deprivación psicoafectiva por los padres biológicos; haber recibido una alimentación inadecuada desde el punto de vista protéico-energética y vitamínico-mineral de forma crónica; padecer parasitación intestinal o raquitismo; recibir tratamientos médicos inadecuados o limitados frente a sus enfermedades; padecer una enfermedad crónica; permanecer en el orfanato durante un tiempo superior a 6 meses y carecer de una adecuada estimulación psicoafectiva durante la institucionalización, ya que se estima un retraso de la talla/edad y del desarrollo psicomotriz de 1 mes por cada 3-5 meses de estancia; haber sido adoptado por encima de los 2 años de edad, etc.. Cuantas más adversidades preadoptivas haya sufrido el niño, mayor será el retraso de crecimiento físico y neuromadurativo observado a su llegada.

3. La malnutrición es otra enfermedad que aparece en su ranking. ¿Están bien cuidados en los orfanatos, casas cunas y hospitales en cuanto a lo que alimentación se refiere? ¿Cuáles son las condiciones en las que viven?

En lo que alimentación se refiere, en líneas generales y con pocas excepciones, la respuesta es un no. Reciben una alimentación pobre en proteínas, minerales y vitaminas (carnes, pescados, huevos, lácteos, frutas). De ahí la elevada prevalencia de fallo de medro, retraso de crecimiento, anemia y raquitismo que presentan. Es llamativo ver en los vídeos pre-adoptivos cómo comen y lo que comen estos niños en las casas cunas. Comen solos (o con poca ayuda) desde temprana edad, con cuchara en una mano y un trozo de pan en la otra, grandes boles de caldos con vegetales y hortalizas ricos en hidratos de carbono pero pobres en el resto de nutrientes necesarios para un correcto desarrollo.

Respecto a las condiciones en las que viven, aunque varían según la institución, en general se caracterizan por una correcta limpieza e higiene de los centros, y por unos horarios y normas estrictos para comer, ir al baño, salir al jardín exterior, juegos, terapias, etc.



4. ¿Qué cuidado médico reciben allí? ¿Es adecuado?

Habría que diferenciar entre el cuidado médico hospitalario y el que reciben en las casas cunas y orfanatos.

A nivel hospitalario es bueno. Los niños que son abandonados en el hospital en el momento del nacimiento reciben unos cuidados y tratamientos correctos. Muchos niños nacen prematuros, presentan patologías neonatales, han estado expuestos a la sífilis, al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), etc., y los recursos y terapias que utilizan son adecuados. Lo mismo ocurre cuando los niños ingresan en el hospital desde la institución por presentar una enfermedad aguda.

Otra cosa es el cuidado que reciben durante su institucionalización. Aquí ya depende de los recursos y medios técnicos de que dispone la casa cuna/orfanato y de la capacitación y las características de los profesionales que los atienden. Hemos visto de todo. Instituciones con médicos y otros profesionales sociosanitarios capacitados, motivados, y que disponen de medios y recursos técnicos, como el acceso fácil a medicamentos, a consultas con especialistas, a la realización de pruebas complementarias, a disponer de salas de estimulación multisensorial Snoezelen, etc. Y en el otro extremo, instituciones con escaso personal médico y sociosanitario, poco capacitados, desmotivados o incluso en contra de la adopción internacional, con pocos recursos técnicos, que utilizan terapias farmacológicas sin evidencia científica o de tipo placebo, que mezclan en el mismo grupo a niños aparentemente sanos con otros que presentan graves enfermedades neurológicas o discapacidad cognitiva, etc., lo que va a suponer un perjuicio en el futuro desarrollo de estos niños.

5. ¿Todos los menores propuestos para adopción internacional sufren alguna enfermedad?

No. Aunque todos los informes médicos pre-adoptivos indican que el menor tiene algún problema de salud, en nuestra experiencia alrededor del 20% de los niños rusos propuestos para adopción internacional no presentan una enfermedad física o mental de relevancia en el momento de su asignación.

6. ¿Por qué los informes médicos pre-adoptivos suelen dar una información escasa, confusa, y en ocasiones alarmante sobre la salud del menor? ¿Omiten con frecuencia datos?

En primer lugar, hay que decir que la información que aportan los informes médicos pre-adoptivos elaborados en Rusia ha mejorado de una forma considerable en los últimos años.

Respecto a que la información es confusa y en ocasiones alarmante, se debe principalmente a que utilizan una terminología diagnóstica en el área neuropsicológica que no se corresponde con la que se utiliza en nuestro país y que hace pensar al que lee el informe que el menor tiene un problema neurológico o mental de importancia. La práctica totalidad de estos informes pre-adoptivos emiten uno o varios diagnósticos de



este tipo, diagnósticos que en el 90% de los casos no se corroboran en las evaluaciones médicas realizadas al llegar a nuestro país.

Sin embargo, hay que señalar que un 10% de estos niños sí que presenta desde su llegada o desarrolla en el tiempo serios problemas de salud difícilmente recuperables o irrecuperables entre los que destacan el síndrome alcohólico fetal, anomalías congénitas, enfermedades neurológicas, trastornos neurosensoriales y trastornos del espectro autista. Estos problemas de salud no habían sido detectados antes de la adopción, no estaban adecuadamente descritos en los informes médicos pre-adoptivos como para ser sospechados, o simplemente se habían omitido. Esto último, lo hemos observado con frecuencia respecto al síndrome alcohólico fetal. Pensamos que la alta incidencia del alcoholismo en la población rusa es un hecho que los estigmatiza. Por ello recomendamos que siempre que existan dudas en los informes médicos, éstos sean interpretados por profesionales experimentados y se realicen estudios pre-adoptivos por telemedicina.

7. ¿Quién realiza esos informes médicos?

El médico responsable de la casa cuna/orfanato que atiende al menor. En su informe recopila también los datos que le han aportado otros médicos especialistas, psicólogos, etc., que han intervenido en el control y tratamiento del menor. En algunas regiones de Rusia los informes son realizados o supervisados por un Tribunal Médico.

8. En sus artículos menciona la existencia de problemas de conducta. ¿Estaría relacionada la familia adoptante con esos problemas de conducta y el hecho de no poder solucionarlos?

Respecto a los trastornos de conducta sabemos que su prevalencia es superior a la de los niños no adoptados, que predominan los trastornos de conducta externalizantes tipo atención/actividad/desafío respecto a los internalizantes tipo ansioso/depresivo, y que son más frecuentes y más serios al llegar a la adolescencia.

En la gran mayoría de los casos la familia adoptante no está relacionada o es el origen de dichos problemas. Otra cosa es que la familia no haya colaborado personalmente para poder solucionarlos, ya sea de forma consciente por falta de vínculo con el niño, o de forma inconsciente por no haberle dado importancia y puesto los medios terapéuticos y de intervención psicosocial en el momento adecuado.

9. ¿Cómo influye la afectividad a la hora de adoptar a un menor? ¿Cómo deben tratar este punto las familias?

La afectividad a la hora de adoptar a un menor influye de forma crucial en todos los aspectos. Tanto en el aspecto del favorecimiento y la evolución positiva del desarrollo físico y psicológico del niño adoptado, como en el aspecto del éxito del propio proceso de la adopción. Si hay problemas de afectividad por parte de la familia adoptiva, el proceso de la adopción, que ya de por sí no está exento de retos, riesgos y dificultades,



se complica, dando lugar a que no se produzca una vinculación y que la convivencia sea insoportable para los miembros de la familia.

En nuestro país, alrededor del 10% de las familias adoptivas no se adaptan a la nueva situación y entre 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. En muchos de estos casos han existido fallos en la idoneidad y la formación pre-adoptiva, o desajustes entre el perfil de la solicitud y el perfil de la asignación. Para evitar o reducir estas dolorosas situaciones es necesario conocer cuando hay que derivar a estas familias a servicios especializados de intervención psicosocial.

10. ¿Cómo afecta la presencia de plomo en los menores y a qué se debe la elevada tasa que hay en la Federación Rusa?

El plomo es un tóxico ambiental que puede alterar el desarrollo cerebral fetal e infantil y su función subsiguiente, en especial los relacionados con el desarrollo psicomotor, la función cognitiva y el comportamiento. Otras posibles complicaciones son problemas auditivos, daño renal, lentitud del crecimiento corporal, anemia y trastornos del aparato digestivo. En los niños el límite máximo aceptable de concentración de plomo en sangre está definido en una cifra inferior a 10 microgramos/decilitro.

La Federación Rusa es un país donde la exposición al plomo es un problema de salud ambiental prevalente. Estudios de investigación a larga escala realizados en la década de los años 90 sobre los valores de plomo en sangre en niños rusos menores de 6 años no institucionalizados observaron que casi la cuarta parte tenían valores de plomo en sangre iguales o superiores a 10 microgramos/decilitro. El polvo y la tierra de las áreas de juego contaminadas por plomo de los hogares y de las escuelas infantiles fueron las principales vías de exposición detectadas. Las fuentes de exposición fueron las emisiones de plomo al aire por las industrias cercanas (fábricas de baterías, factorías de cristal plomado y plantas de fundición de cobre) y por los automóviles que usan gasolina con plomo. Otras posibles vías de exposición, como la pintura con base de plomo y las tuberías y grifos de distribución del agua potable, fueron de escasa o de nula evidencia. Otro estudio de investigación a larga escala, esta vez en mujeres rusas embarazadas realizado entre los años 2002 y 2003 observó unos valores de plomo en sangre de cordón umbilical superiores a 10 microgramos/decilitro entre el 0,4 y el 8,4% de los recién nacidos, existiendo una correlación positiva con la proximidad de los hogares con fuentes de emisión de plomo al aire. También hay estudios en los que se ha observado que el consumo de alcohol y de tabaco por las gestantes, antecedente frecuentemente observado entre las madres biológicas de los niños rusos institucionalizados, se asocia con un incremento de las concentraciones de plomo en sangre de cordón de los recién nacidos. A partir de los datos que aportan estos estudios, hipotéticamente, un porcentaje significativo de los niños adoptados procedentes de Rusia podrían presentar unos valores de plomo en sangre elevados.

Sin embargo, un estudio multicéntrico sobre la plumbemia en niños de Rusia adoptados en los EE.UU. en la década de los años 90 observó unos valores de plomo en sangre iguales o superiores a 10 microgramos/decilitro en menos del 2% de los niños.



Universidad
Carlos III de Madrid

**Facultad de Humanidades, Comunicación y Documentación
D.G. Periodismo y Comunicación Audiovisual**

En el Centro de Pediatría y Adopción Internacional de Zaragoza estudiamos una cohorte de niños rusos adoptados por familias españolas entre los años 2004 y 2006, y no objetivamos plumbemias iguales o superiores a 10 microgramos/decilitro en ningún niño, y tampoco se observaron diferencias significativas en el porcentaje medio de retraso del nivel de desarrollo psicomotor entre los niños con plumbemias inferiores o superiores a 4 microgramos/decilitro. Sobre la base de los resultados, consideramos que la situación de cuidado institucional en Rusia puede tener un efecto beneficioso en la exposición al plomo respecto a la población general infantil rusa, muy posiblemente debido a la lejanía de los orfanatos de las industrias que son fuente de exposición, y que el retraso del nivel de desarrollo psicomotor observado en estos niños a su llegada no está relacionado con posibles efectos tóxicos del plomo.

11. Una vez en España, ¿debe acudir más habitualmente a la consulta el menor procedente de Rusia aunque esté estable y sano que un menor nacido en España?

No. Si en la evaluación médica inicial y en los resultados de las pruebas de cribado de laboratorio realizados a su llegada no se objetiva un problema de salud o si los que presenta se han solucionado tras la instauración del tratamiento adecuado, y en los casos que presentan a su llegada retraso del desarrollo físico o psicomotor se comprueba una recuperación dentro de los límites de la normalidad tras el primer año, los controles pediátricos se deben realizar igual y con la misma periodicidad que a los niños sanos nacidos en nuestro país.

Reportaje realizado por D^a Isabel Fuentes Sánchez

Madrid, 14 abril de 2016