

# Guía para familias

Mesa de  
Pediatría en Adopción



Noviembre 2005



Ministerio de Sanidad y Consumo

Ministerio de Sanidad y Consumo



Comunidad de Madrid  
CONSEJO DE FAMILIA Y SERVICIOS SOCIALES  
Paseo de Vallehermoso, 100 - Madrid



CORA  
Comunidad de Madrid

# La Salud en la Adopción

## Guía para Familias

### Promotores

Asociación Atlas en Defensa de la Adopción.

CORA (Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento)

### Coordinación general del proyecto

Alberto Núñez. Comisión de Salud, en Atlas y CORA

Francisco Rúa. Presidente de Atlas y CORA (Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento)

### Autores (por orden alfabético):

**Maite de Aranzábal Agudo.** Pediatra del Centro de Salud Agurain, Vitoria. Grupo de Trabajo en Inmigración, Adopción y Cooperación internacional, Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria.

**Ángel Cortés Lozano.** Pediatra Residencia Infantil “Casa de los Niños” del I.M.M.F. Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

**Victoria Fumadó Perez.** Pediatra de la Unidad de Patología Importada del Hospital Sant Joan de Deus. Barcelona.

**Milagros García López Hortelano.** Pediatra de la Unidad de pediatría tropical. Hospital Carlos III. Madrid

**Ángel Hernández Merino.** Pediatra. Centro de Salud “Granero Vicedo” (SERMAS), Alcorcón, Madrid

**Julián Lirio Casero.** Pediatra de la 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.

### Documento avalado por:



Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap,  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org))



Sociedad de Pediatría Social de la AEP.

Nº ISBN. 84-609-9207-1

## Ayudas recibidas y fuentes de financiación:

El desarrollo del trabajo previo para la elaboración de este documento ha recibido el apoyo y la ayuda económica de:



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



**Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.** Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad. Dirección General de Infancia y Familias.



**CORA.** Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento.



**Asociación ATLAS en Defensa de la Adopción.**

## Derechos de Autor, Copia y reproducción:

La difusión total o parcial de este documento debe contar con la autorización de la organización promotora CORA, y citando siempre esta fuente: “Salud en adopción, guía para familias CORA”.

Contacto: [correo@coraenlared.org](mailto:correo@coraenlared.org) o a través de [www.coraenlared.org](http://www.coraenlared.org)

El grupo de trabajo que ha desarrollado este documento 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. Debe entenderse que la entidad promotora y las instituciones que han apoyado y avalado el proyecto no comparten necesariamente todas las afirmaciones y recomendaciones de los autores.

Los autores asumen que los lectores emplearán su conocimiento y juicio clínico para aplicar y adaptar las recomendaciones generales y específicas del presente documento a cada caso individual. La rápida evolución de los conocimientos médicos puede hacer que con el tiempo algunas recomendaciones y afirmaciones pierdan vigencia.

# Índice

		Pág.
	Introducción	6
	Justificación	7
	Objetivos	12
<b>1.</b>	<b>La pre-adopción.</b>	13
	1 La consulta de preadopción	13
	2 Los factores de riesgo sociosanitario y los problemas de salud, generalidades.	13
	3 Factores de riesgo y problemas de salud específicos por área geográfica o país de procedencia.	17
	A Federación Rusa y Europa del este.	19
	B China y sudeste de Asia.	24
	C África	27
	D Latinoamérica	29
	E Subcontinente Indio	31
	4 Preparación del viaje y del primer encuentro.	33
	A Información sobre el estado de salud que deben recoger las familias	33
	B Medidas preventivas para el viaje según la zona geográfica.	35
	C Riesgos para la salud y modo de evitarlos	37
	D Profilaxis antipalúdica en el viajero.	39
	E Kit de viaje en adopción internacional.	41
	F Utilización básica de los medicamentos en un país extranjero.	42
	ALGORITMO de pre-adopción	44
<b>2.</b>	<b>Post-adopción.</b>	45
	1 La evaluación médica inicial.	45
	A Cuándo realizarla.	45
	B El equipo de trabajo, familia-pediatra.	45
	2 Actuación de las familias para facilitar la integración	47
<b>3.</b>	<b>Evolución</b>	49
	Apéndice: Algunos trastornos frecuentes en adopción	51
	1 Trastornos hipercinéticos	51
	2 Trastornos del vínculo	51
	3 Alteraciones en el lenguaje	54
	4 Problemas del sueño y alimentación en la llegada al nuevo hogar.	57
	5 La piel.	58
	6 Síndrome alcohólico fetal	58
	Test de apgar.	60
<b>4.</b>	<b>Adopción nacional; datos sobre la Comunidad de Madrid</b>	62
<b>5.</b>	<b>Bibliografía.</b>	66
	Anexos: Tabla de centros de vacunación internacional de todo el Estado	71

## Relación de tablas y figuras

Tabla	Título	Pág.	Autor
1	Adopciones internacionales en España, 1997-2004.	9	M.T y A.S.
2	Problemas de salud muy frecuentes.	14	Olivan Gonzalvo G
3	Problemas de salud frecuentes	15	Olivan Gonzalvo G
4	Problemas de salud infrecuentes	16	Olivan Gonzalvo G
5	Manifestaciones sociosanitarias y consecuencias en la población materno-infantil de las transformaciones sufridas en los países de Europa del este en la década de los 90.	20	Olivan Gonzalvo G
6	Principales problemas de salud en niños adoptados en la Federación Rusa y Europa del este	21	Olivan Gonzalvo G
7	Enfermedades encontradas en niños adoptados en China	25	Lirio Casero J
8	Patología más frecuente en África	28	Fumadó Perez V
9	Prevalencias de alteraciones en adopciones de Guatemala	30	Miller L; De Aranzabal M
10	Perfil de enfermedades de especial prevalencia e impacto en el subcontinente Indio	32	W.H.O./O.M.S.
11	Datos médicos y sociosanitarios a obtener de todo niño adoptable en el extranjero	33	Olivan Gonzalvo G
12	Pautas y consideraciones sobre la salud del menor	34	Olivan Gonzalvo G
13	Técnicas de video para estudio pre-adoptivo	35	Olivan Gonzalvo G
14	Consejos para evitar riesgos medioambientales	37	García Hortelano M, Lozano Cortes A, De Aranzabal M, Fumado Perez V
15	Medidas barrera.	40	García Hortelano M
16	Kit de viaje en adopción internacional	41	De Aranzabal M, García Hortelano M, Lozano Cortes A, Olivan Gonzalvo G
17	Medidas preventivas para el viaje. Resumen.	43	García Hortelano M
18	Historia socio-sanitaria que se debe describir al pediatra	46	Olivan Gonzalo G
19	Relación de trastornos de comportamiento y psicológicos de mayor relevancia en adopción	46	Olivan Gonzalo G.
20	Consejos para el niño post-institucionalizado mayor de tres años	48	R. Federici
21	Modelos de lengua del adoptado e inmigrante, diferencias	55	B.Guindis
22	Factores predisponentes del. mantenimiento de la lengua materna.	56	B.Guindis
23	Signos del síndrome de alcohol fetal	59	Olivan Gonzalo G
24	Datos de sospecha del síndrome de alcohol fetal	60	Olivan Gonzalo G.
25	País de origen de la madre biológica .(adopción nacional, C. de M.)	63	Cortes Lozano A
26	Edad de adopción del menor. (adopción nacional, C. de M.)	64	Cortes Lozano A
27	Adopciones de menores con patología (adopción nacional, C. de M.)	64	Cortes Lozano A
28	Adopción especial de menores ((adopción nacional, C. de M.)	65	Cortes Lozano A

<b>Figura</b>	<b>Título</b>	<b>Pág.</b>	<b>Autor</b>
1	Adopciones internacionales (España, 1997-2004). Evolución del número de adopciones.	10	M.T y A.S.
2	Adopciones internacionales (España, 1997-2004). Procedencia por continentes.	10	M.T y A.S.
3	Adopciones internacionales (España, 1997-2004). Procedencia por continentes: América Latina y África.	11	M.T y A.S.
4	Adopciones internacionales (España, 1997-2004). Procedencia por continentes: Asia y Europa del este.	11	M.T y A.S.
5	Distribución porcentual de los niños adoptados en la Federación Rusa y países de Europa del este por familias españolas (1997-2004)	19	M.T y A.S.
<b>Anexo</b>	<b>Relación de centros de vacunación internacional en todo el Estado</b>	71	M. Sanidad
<b>Cuadros</b>			
1	Perfil general de la familia adoptante.	8	Olivan Gonzalo G
2	Indicadores socio/sanitarios de los principales países de procedencia.	18	O.M.S.
3	Esquema de la alteración en la vinculación del niño institucionalizado	52	C. Salud CORA
4	Test de Apgar.	61	C. Salud CORA

## INTRODUCCIÓN

Los niños adoptados en el extranjero tienen mayor riesgo de presentar problemas de salud física, del desarrollo neuromadurativo, psicopatológicos y de adaptación social, por estar y/o haber estado expuestos a múltiples factores de riesgo.

La información médica y sociosanitaria pre-adoptiva que se ofrece y se obtiene de estos niños es, en general, deficiente. En muchos casos, el cúmulo de deficiencias es tal que la evaluación de dicha información no permite identificar la existencia de problemas médicos, la necesidad presente o futura de otras evaluaciones o tratamientos médicos o quirúrgicos, así como la manifestación de potenciales factores de riesgo que afecten su desarrollo a largo plazo o de manera irreversible. En definitiva, en muchos casos no es posible evaluar el estado real de salud física y mental del menor a adoptar.

Las familias adoptivas deben estar preparadas para afrontar debidamente las siguientes situaciones:

- 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.
- Cuidar al menor adoptado en el extranjero implica tener unos conocimientos elementales sobre alimentación, higiene, enfermedades infantiles comunes y actuación frente a trastornos de adaptación frecuentes en el niño post-institucionalizado. También será útil conocer el contenido del botiquín médico de viaje y sus normas de utilización.

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, y que existe el riesgo, 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 tras su llegada para reconocer y corregir precozmente los problemas de salud física y/o mental y planificar su seguimiento médico sistematizado. Con ello facilitamos su adaptación y mejoramos su calidad de vida, su futuro desarrollo físico, emocional, intelectual y social.

## JUSTIFICACIÓN

La Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de 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 suyo<sup>1</sup>.

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 y respeto de los derechos fundamentales del niño 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 el mismo no se han arbitrado las medidas necesarias destinadas a garantizar la información de ámbito socio/sanitario que se debe proporcionar sobre los menores adoptables<sup>2,3</sup>.

La adopción es, por tanto, un medio de protección en el que debe primar el interés superior del menor. Pero adoptar a un niño es un ejercicio serio de responsabilidad, la mayoría de las familias españolas que deciden hacerlo en el extranjero, aceptan que su futuro hijo llegue con problemas de salud física o mental recuperables a corto o medio plazo, pero son muy pocas las que asumen la adopción de un niño con una posible enfermedad crónica irreversible o discapacitante, especialmente si es de tipo neurosensorial. Las familias saben que para adoptar niños con discapacidades, no es necesario salir de España. La adopción de un niño con un trastorno de salud física o mental grave por una familia que desconocía su existencia puede provocar situaciones de inadaptación que acaben en un fracaso de la adopción y un nuevo abandono del menor.

España se ha incorporado recientemente a la adopción internacional. Desde la ratificación del Convenio de La Haya en 1995, por factores múltiples e interrelacionados, este fenómeno social se ha incrementado de una forma exponencial en nuestro país, de tal forma que en la actualidad somos la segunda nación del mundo en número de adopciones internacionales, por detrás de los Estados Unidos de América. De esta forma, en menos de una década, la sociedad española se ha acostumbrado a una realidad antes prácticamente desconocida que ha irrumpido sobre la concepción tradicional de familia sin alterar su función y su sentido (**Cuadro 1**).

<sup>1</sup> La Convención sobre los Derechos del Niño se adoptó por la Resolución 44/25 de la Asamblea General de Naciones Unidas de 20 de noviembre de 1989. Entró en vigor de forma general el 2 de septiembre de 1990. La entrada en vigor para España tuvo lugar el 5 de enero de 1991, de conformidad con lo establecido en el art. 49 de la Convención. Instrumento de Ratificación de 6 de diciembre de 1990 (BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 1990).

Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. Rev Pediatr Aten Primaria. 1999;1:139-161 [En línea][Fecha de consulta 5 de junio de 2005]. Disponible en <http://www.pap.es/>

<sup>2</sup> El 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 entró en vigor en general el 1 de mayo de 1995, y en España el 1 de noviembre de 1995, de conformidad con el artículo 46 de dicho Convenio.

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, pág 23.448 [En línea][Fecha de consulta 5 de junio de 2005]. Disponible en <http://portal.aragob.es/iass/Menores/DocsPDF/ConvenioLaHaya.pdf>

<sup>3</sup> Calvo Caravaca AL, Carrillo Carrillo BL, Carrascosa González J. Adopción internacional y Convenio de la Haya de 29 de mayo 1993. Granada: Comares, 2003

Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales <sup>4</sup>, el total de niños adoptados en nuestro país en el período 1997-2004 ha sido de 24.042 y procedían de 49 países, aunque seis de ellos (China, Federación Rusa, Colombia, Ucrania, Rumania e India) suponen el 78% del total (Tabla 1 y Figuras 1, 2, 3 y 4).

### **Cuadro 1. Perfil general de la familia adoptante.**

- El 85% son parejas, el resto familias monoparentales, principalmente mujeres.
- El 80% de edad entre 35 – 45 años.
- Nivel educativo, económico y social medio-alto.
- Trabajo estable y vivienda propia.
- Solicitan adoptar un menor sin graves alteraciones de salud o recuperables a corto-medio plazo.
- No existe predilección sobre el sexo del menor a adoptar.

Para estudiar, analizar y mejorar la situación de este importante fenómeno social, el Senado de España, en su sesión plenaria de 7 de marzo de 2002, constituyó la Comisión Especial sobre la Adopción Internacional. Esta Comisión, sobre la base de opiniones, informaciones, datos y propuestas aportadas por las instituciones, asociaciones de familias y expertos comparecientes ante la misma, publicó su informe en el Boletín Oficial de las Cortes Generales de 9 de diciembre de 2003<sup>5</sup> y fue aprobado por unanimidad en Sesión Plenaria de la Cámara del Senado celebrada el 10 de diciembre de 2003. En este informe la Comisión formuló una serie de importantes conclusiones y recomendaciones en el ámbito normativo de las administraciones competentes y en relación con las entidades colaboradoras de adopción internacional. Entre las recomendaciones formuladas destaca *el establecimiento de un protocolo médico-pediátrico, homologado por países, mediante los correspondientes acuerdos bilaterales, procurando asimismo la adecuada atención sanitaria en España a los menores adoptados según las especificidades de sus países de origen.*

Con el objetivo de conocer diversos aspectos de la adopción internacional en el marco sanitario de nuestro país, la Asociación Atlas en Defensa de la Adopción y la Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento (CORA), organismo de ámbito estatal que integra a 24 asociaciones independientes de familias adoptantes del territorio nacional, promovieron el estudio “Encuesta Estatal de Salud en Adopción 2004” publicado en septiembre de ese año<sup>6</sup>. 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.*

<sup>4</sup> 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. Disponible en <http://www.mtas.es>

<sup>5</sup> 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. Disponible en <http://www.senado.es/legis7/public/bocg.html>

<sup>6</sup> Comisión de Salud de Atlas y CORA. Encuesta Estatal de Salud en Adopción 2004. Disponible en [www.coraenlared.org](http://www.coraenlared.org)

Con los mismos objetivos, la Associació Illes Balears d'Adopcions (AIBA) publicó en enero de 2005 el "Estudi Socio-Sanitari sobre L'Adopció Internacional D'Infants a les Illes Balears"<sup>7</sup>. Entre sus conclusiones se considera que sería importante una sistematización de los exámenes médicos que deben realizarse, tanto a la llegada del niño procedente de adopción internacional, como en las visitas de seguimiento posteriores, con la finalidad de poder detectar problemas médicos que puedan pasar desapercibidos, así como valorar las posibles repercusiones posteriores en el desarrollo del niño tanto en el ámbito físico como psicológico.

**Tabla 1.** Adopciones internacionales en España en el período 1997-2004

Continente	País	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
<b>América Latina</b>		<b>631</b>	<b>960</b>	<b>895</b>	<b>905</b>	<b>721</b>	<b>593</b>	<b>679</b>	<b>585</b>	<b>5.969</b>
	Colombia	250	393	361	414	319	271	285	256	<b>2.549</b>
	Perú	81	151	126	99	71	42	50	50	<b>670</b>
	México	72	90	107	79	92	58	50	17	<b>565</b>
	Bolivia	18	31	59	66	18	76	126	92	<b>486</b>
	Guatemala	47	75	70	90	46	28	8	3	<b>367</b>
	Otros	163	220	172	157	175	118	160	167	<b>1.332</b>
<b>Asia</b>		<b>214</b>	<b>295</b>	<b>443</b>	<b>686</b>	<b>1.107</b>	<b>1.586</b>	<b>1.196</b>	<b>2.577</b>	<b>8.104</b>
	China	105	196	261	475	941	1.427	1.043	2.389	<b>6.837</b>
	India	109	97	163	190	129	109	100	117	<b>1.014</b>
	Nepal	0	0	18	16	28	35	38	68	<b>203</b>
	Otros	0	2	1	5	9	15	15	3	<b>50</b>
<b>Europa del este</b>		<b>97</b>	<b>216</b>	<b>645</b>	<b>1.439</b>	<b>1.569</b>	<b>1.395</b>	<b>1.913</b>	<b>2.111</b>	<b>9.385</b>
	Rusia	70	91	141	496	652	809	1.157	1.618	<b>5.034</b>
	Ucrania	0	0	116	218	356	358	462	349	<b>1.859</b>
	Rumania	0	84	280	583	373	38	85	48	<b>1.491</b>
	Bulgaria	11	27	92	123	172	181	202	57	<b>865</b>
	Otros	16	14	16	19	16	9	7	39	<b>136</b>
<b>África</b>		<b>0</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>51</b>	<b>163</b>	<b>268</b>	<b>584</b>
	Etiopía	0	0	0	0	0	12	107	220	<b>339</b>
	Marruecos	0	3	12	8	5	7	20	21	<b>76</b>
	Otros	0	13	11	24	26	32	36	27	<b>169</b>
<b>Total</b>		<b>942</b>	<b>1.487</b>	<b>2.006</b>	<b>3.062</b>	<b>3.428</b>	<b>3.625</b>	<b>3.951</b>	<b>5.541</b>	<b>24.042</b>
Incremento anual (%)			57,9	34,9	52,6	12,0	5,7	9,0	40,2	
Procedencias mas frecuentes	Colombia	Colombia	Colombia	Rumanía	China	China	China	China	China	
	India	China	Rumanía	Rusia	Rusia	Rusia	Rusia	Rusia	Rusia	
	China	Perú	China	China	Rumanía	Ucrania	Ucrania	Ucrania	Colombia	
	Perú	India	India	Colombia	Ucrania	Colombia	Colombia	Colombia	Ucrania	
	Rusia	Rusia	Rusia	Ucrania	Colombia	Bulgaria	Bulgaria	Etiopía	Rumanía	

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

<sup>7</sup> Associació Illes Balears d'Adopcions, AIBA. Estudi Socio-Sanitari sobre L'Adopció Internacional D'Infants a les Illes Balears, 2005. Disponible en [www.coraenlared.org](http://www.coraenlared.org)

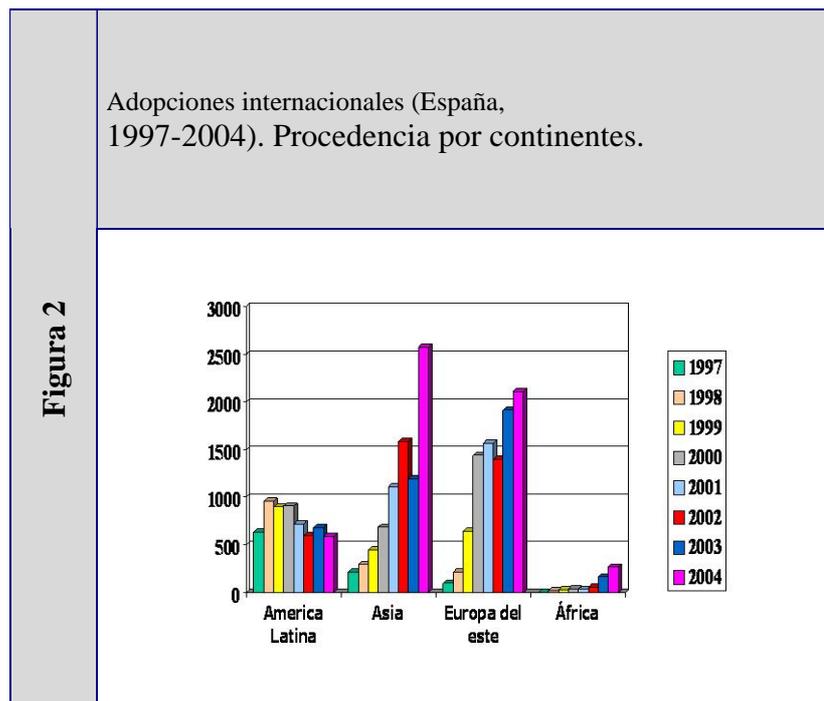
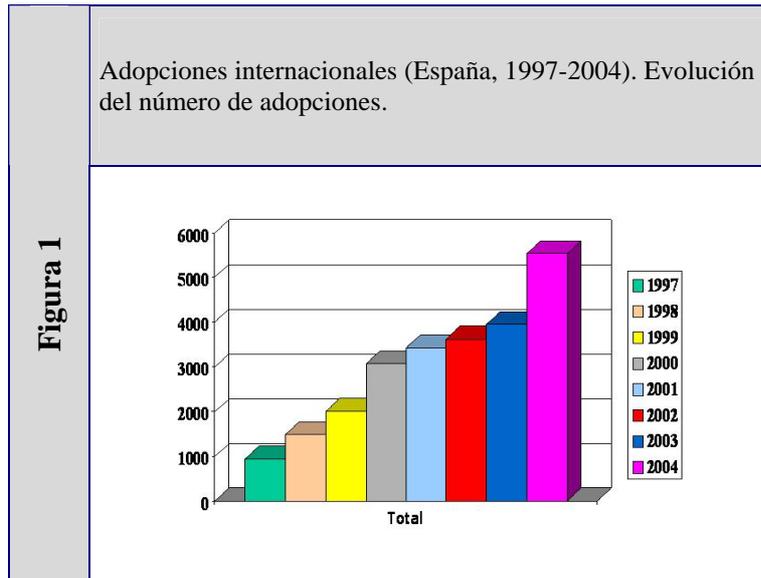


Figura 3

Adopciones internacionales (España, 1997-2004). Procedencia por continentes: América Latina y África.

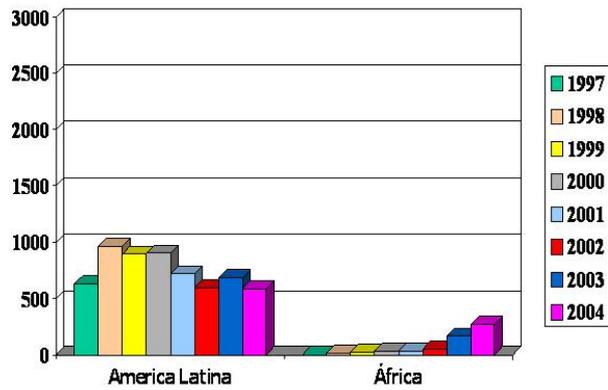
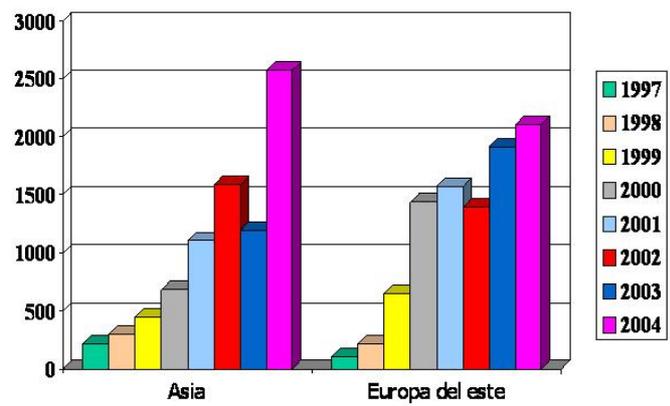


Figura 4

Adopciones internacionales (España, 1997-2004). Procedencia por continentes: Asia y Europa del este.



## OBJETIVOS

Atendiendo a las recomendaciones efectuadas por la Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento y conociendo las necesidades informativas y formativas de las familias que realizan adopción, los objetivos de esta Guía son:

- a) Informar a la familia adoptante sobre la obtención de datos sanitarios y de los antecedentes del menor a su cargo en la fase previa a la adopción.
- b) Informar sobre medidas preventivas que deben realizar las familias antes y durante el viaje.
- c) Dar a conocer las situaciones relacionadas con la salud más comunes que aparecen en el grupo infantil de adopción, su evaluación médica inicial y seguimiento posterior.
- d) Destacar el valor de terapia del que es poseedor la familia con sus cuidados y acciones sobre su nuevo descendiente.

## 1. LA PREADOPCIÓN.

### 1.1 LA CONSULTA DE PRE-ADOPCIÓN

Debería realizarse tan pronto como los padres adoptantes reciban la asignación del niño, aunque algunos aspectos de la misma podrían abordarse una vez que han recibido su certificado de idoneidad y han elegido el país de origen de su hijo/a.

Son pocas las familias que realizan una correcta y completa consulta médica pre-adoptiva. La mayoría, por desconocimiento y, las menos, por no considerarla de interés. Es más, las que lo hacen, preguntan sobre aspectos concretos de los informes médicos que reciben del menor y no sobre la globalidad del marco sanitario que rodea a una adopción internacional.

En esta consulta los futuros padres pueden ser asesorados sobre:

- a) Los riesgos a los que puede estar y/o haber estado expuesto el menor. Los problemas de salud que con mayor frecuencia se presentan y los específicos según el país de origen.
- b) Los datos de interés médico y social que se deben conseguir del menor asignado.
- c) Medidas preventivas, conocimientos y normas básicas para viajes internacionales.
- d) Si disponen de informe médico del menor asignado, pueden ser asesorados sobre su estado de salud y los posibles riesgos, aunque en ningún caso se podrá confirmar o descartar la existencia de patologías.
- e) Cuándo se debe realizar la primera evaluación médica tras su regreso y la necesidad de realizar un seguimiento en el tiempo.

### 1.2. LOS FACTORES DE RIESGO SOCIOSANITARIO Y LOS PROBLEMAS DE SALUD. GENERALIDADES.

Todos los niños procedentes de adopción internacional presentan el antecedente de haber estado expuestos a una serie de potenciales factores de riesgo sociosanitarios, entre los que podemos distinguir:

1. Factores de riesgo generales propios de sus países de origen, como la pobreza económica, precariedad higiénico sanitaria, exposición a agentes ambientales dañinos, problemas de salud prevalentes en la sociedad (alcoholismo, drogadicción, etc.) y enfermedades infecciosas endémicas o de base genética.
2. Factores de riesgo previos a su institucionalización, como la inexistencia de cuidados en el control de la madre y/o del embarazo, nacimientos prematuros o sin atención médica, negligencias acaecidas.
3. Factores de riesgo acaecidos durante la institucionalización, como residir en entornos inapropiados, recibiendo cuidados inadecuados o con atención sanitaria escasa.

Es necesario que la familia pre-adoptiva conozca que su futuro hijo puede haber estado expuesto a estos factores de riesgo, conociendo así que muchos de los problemas de salud física, del desarrollo neuromadurativo, psicopatológicos y de adaptación social que potencialmente puede presentar, van a estar originados o ser la consecuencia de la exposición a dichos factores.

Respecto a los problemas de salud que se observan en los niños adoptados en el extranjero, generalizando, se pueden clasificar en:

1. - Problemas de salud muy frecuentes —*detectados en más del 25% de los casos*— (**Tabla 2**)
2. - Problemas de salud frecuentes —*entre el 5-25% de los casos*— (**Tabla 3**)
3. - Problemas de salud poco frecuentes —*menos del 5% de los casos*— (**Tabla 4**)

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.

**Tabla 2. Problemas de salud muy frecuentes (> 25%)**

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Retraso leve en:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo neuromadurativo</li> <li>- Crecimiento físico</li> <li>- Estado nutricional</li> </ul> </li> <li>▪ Déficit aislado de hierro</li> <li>▪ Anemia ferropénica</li> <li>▪ Problemas dermatológicos             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dermatitis inespecíficas / atópica</li> <li>- Dermatitis infecciosas, parasitarias o micóticas</li> </ul> </li> <li>▪ Problemas de la conducta alimentaria y del sueño</li> <li>▪ Inmunizaciones ausentes, incompletas o que no crearon títulos de anticuerpos protectores</li> <li>▪ Enfermedades infecciosas:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parasitosis intestinal</li> <li>- Infecciones del aparato respiratorio, garganta, nariz y oídos</li> </ul> </li> </ul>
---

**Tabla 3. Problemas de salud frecuentes ( 5-25 %)**

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Retrasos y trastornos moderados de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo neuromadurativo (global o de áreas específicas)</li> <li>- Retraso del crecimiento físico</li> <li>- Estado nutricional</li> </ul> </li> <li>• Microcefalia</li> <li>▪ Trastornos de conducta: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hiperactividad</li> <li>- Déficit de atención</li> <li>- Oposición desafiante</li> <li>- Comportamientos disruptivos (rabietas), etc.</li> </ul> </li> <li>▪ Problemas específicos del desarrollo madurativo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptación social</li> <li>- Control de esfínteres</li> <li>- Aprendizaje escolar, etc.</li> <li>- Lenguaje</li> </ul> </li> <li>▪ Problemas dentales <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caries</li> <li>- Retraso de la erupción</li> <li>- Alteraciones del esmalte</li> <li>- Malposición dental, etc</li> </ul> </li> <li>▪ Deterioro / disminución de la agudeza visual / auditiva</li> <li>▪ Intolerancias alimentarias</li> <li>▪ Antecedente de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prematuridad</li> <li>- Bajo peso al nacer</li> <li>- Retraso de crecimiento intrauterino</li> <li>- Ausencia de cuidados prenatales de la madre</li> </ul> </li> <li>▪ Enfermedades infecciosas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infección tuberculosa latente</li> <li>- Infección por el virus de la hepatitis B (aguda, crónica o resuelta)</li> <li>- Infecciones intestinales bacterianas</li> </ul> </li> <li>▪ Enfermedades oftalmológicas, garganta, nariz y oídos</li> <li>▪ Hiperreactividad bronquial inespecífica (crisis asmáticas)</li> <li>▪ Anomalías congénitas prenatales</li> <li>▪ Trastornos ortopédicos poco relevantes</li> <li>▪ Trastornos hematológicos / bioquímicos</li> <li>▪ Bioquímica y sedimento de orina anormal</li> <li>▪ Inexactitud de la edad cronológica</li> <li>▪ Trastornos endocrinológicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disfunción tiroidea (generalmente hipotiroidismo subclínico)</li> <li>- Variantes del desarrollo puberal (retraso puberal / pubertad temprana)</li> </ul> </li> </ul>
---

**Tabla 4. Problemas de salud infrecuentes ( $\leq 5\%$ )**

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastornos del crecimiento y nutrición graves: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Talla muy retrasada para la edad</li> <li>- Raquitismo</li> <li>- Déficits de vitaminas</li> <li>- Marasmo / Kwashiorkor *</li> </ul> </li> <li>▪ Trastornos psicopatológicos graves: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndrome del niño post-institucionalizado</li> <li>- Trastornos del espectro autista</li> <li>- Estrés postraumático</li> <li>- Depresión mayor</li> </ul> </li> <li>▪ Trastornos del desarrollo neuromadurativo: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Origen prenatal: exposición prenatal al alcohol / síndrome alcohólico fetal, hipoxia crónica, infección intrauterina, exposición a drogas/fármacos</li> <li>-Origen perinatal: anoxia, hipoglucemia, hiperbilirrubinemia</li> </ul> </li> <li>▪ Enfermedades infecciosas adquiridas / congénitas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infección urinaria</li> <li>- Tuberculosis activa</li> <li>- Paludismo</li> <li>- Enfermedad de Chagas</li> <li>- Otras enfermedades parasitarias.</li> <li>- Poliomielitis, Tosferina, Sarampión *</li> <li>- Infección VIH/SIDA*, y anticuerpos VIH por transmisión materna</li> <li>- Infección aguda por el virus de la Hepatitis A</li> <li>- Infección por el virus de la Hepatitis C</li> <li>- Sífilis</li> <li>- Toxoplasma, Rubéola*, Citomegalovirus</li> </ul> </li> <li>▪ Trastornos endocrinológicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pubertad precoz</li> <li>- Hipotiroidismo congénito *</li> </ul> </li> <li>▪ Enfermedades post-exposición: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesticidas</li> <li>- Plomo</li> <li>- Radiación nuclear*</li> </ul> </li> </ul>
--

(\*) Presencia excepcional.

### 1. 3.- FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS DE SALUD ESPECÍFICOS POR ÁREA GEOGRÁFICA O PAÍS DE PROCEDENCIA.

China, Federación Rusa, Ucrania, Colombia, Etiopía e India constituyen 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 para la salud de los niños que pueden optar a la adopción internacional. En el **Cuadro 2** se muestran algunos indicadores socio/sanitarios de estos países.

<b>Cuadro 2</b>								
<b>Indicadores socio/sanitarios de los principales países de procedencia.</b>								
<b>Datos de 2003 según la OMS<sup>8</sup></b>								
		España	China	Rusia	Colombia	Ucrania	Etiopía	India
Población (x1.000)		41.060	1.311.709	143.246	44.222	48.523	70.678	1.065.462
Crecimiento anual (%)		0,3	0,9	-0,4	1,8	-0,7	2,7	1,7
Índice de dependencia (%) <sup>a</sup>		45	43	41	58	45	94	61
Población mayor de 60 años (%)		21,8	10,5	18	7,2	20,8	4,6	7,8
Tasa de fertilidad		1,2	1,8	1,1	2,6	1,2	6,1	3
Expectativa de vida al nacer (años)	Mujer	83	73	72	77	73	51	63
	Varón	79	70	58	68	62	49	30
TMI (x1.000 RN vivos)	Mujer	4	43	14	18	18	160	90
	Varón	5	32	18	25	23	177	85
TMI por rangos de edad (x1.000 RN vivos) <sup>b</sup>	0-27d	3	-	-	15	-	49	43
	0-11 m	4	-	-	21	-	97	68
	12-59 m	1	-	-	4	-	77	29
	0-4 a	5	-	-	25	-	166	95
TM 15 a 60 años de edad	Mujer	46	103	182	97	142	386	213
	Varón	116	164	480	231	384	450	283
Gastos en salud en la familia (% total gastos domésticos) <sup>c</sup>		7,6	5,8	6,2	8,1	4,7	5,7	6,1
Gastos en salud del gobierno (% total gastos totales en salud) <sup>c</sup>		71,3	33,7	55,8	82,9	71,1	44,9	21,3
Gastos en salud del gobierno (% total gastos del gobierno) <sup>c</sup>		13,6	10	9,5	20,4	9,4	7,6	4,4
Renta <i>per cápita</i> en salud (\$ US) <sup>c</sup>		1.640	261	535	536	210	21	96
RN con BCG (%)		-	93	97	96	98	76	81
3 dosis de DTP al año de edad (%)		98	90	98	91	97	56	70
1 dosis de vacuna sarampión a los 2 años (%)		97	84	96	92	99	52	67

**Cuadro 2**  
**Indicadores socio/sanitarios de los principales países de procedencia.**  
**Datos de 2003 según la OMS<sup>8</sup>**

	España	China	Rusia	Colombia	Ucrania	Etiopía	India
3 dosis de vacuna HB al año de edad (%)	83	70	94	93	77	-	-
3 dosis de vacuna Hib al año de edad (%)	98	-	-	93	-	-	-
RN de madres con vacuna tétanos en la gestación (%)	-	-	-	-	-	24	78
Enfermedades incluídas en vacunaciones sistemáticas hasta los 2 años	10	9	9	11	9	6	7
Segunda dosis de vacuna sarampión en algún momento	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Vitamina A (asociada a vacunas)	No	Sí	No	No	No	Sí	Sí
Casos de poliomielitis salvaje <sup>d</sup>	0	0	0	0	0	0	130
Uso de vacunas con control de calidad estándar	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	Sí	Sí
Vacunas sistemáticas con financiación pública (%)	100	-	-	100	96	-	100
Uso métodos contraceptivos (% de mujeres) <sup>e</sup>	67	83	-	64	38	6	43
Partos atendidos por personal entrenado (%) <sup>e</sup>	-	97	99	86	99	6	43
Partos en centros sanitarios (%) <sup>e</sup>	-	-	98	87	99	5	34
Cesáreas (% del total de partos) <sup>e</sup>	-	-	12	25	9	1	7
Número de nacimientos anuales (x1.000) <sup>f</sup>	384	19.428	1.246	980	418	2.865	25.780
Mortalidad materna (x100.000 RN vivos) <sup>f</sup>	5	56	65	130	38	850	540
Prematuridad (x1.000 RN vivos) <sup>f</sup>	4	19	18	11	28	20	39

<sup>a</sup> Individuos dependientes económicamente. <sup>b</sup> Referido a 2001. <sup>c</sup> Referido a 2002. <sup>d</sup> Referido a 2004. <sup>e</sup> Referido a periodos de tiempo entre 1995 y 2000. <sup>f</sup> Referido a 2000.

TMI: Tasa de mortalidad infantil. TM: Tasa de mortalidad. US: Estados Unidos de América. RN: Recién nacido. BCG: Vacuna tuberculosis. DTP: Vacuna difteria, tétanos y tosferina. HB: Hepatitis B. Hib: *Haemophilus influenzae* tipo b.

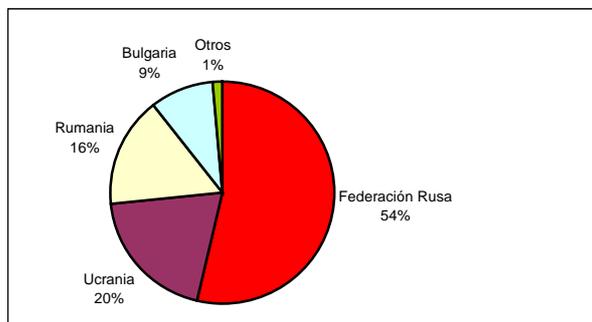
<sup>8</sup> Fuente: WHO. The world health report 2005 – make every mother and child count [En línea][Fecha de consulta 8 de Junio de 2005]. Disponible en <http://www.who.int/whr/2005/en/>

### 1.3.A – Federación Rusa y Europa del este.

#### CONTEXTO

La Federación Rusa y los países de Europa del este son la primera área geográfica en frecuencia de los niños adoptados en el extranjero por familias españolas. Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el total de niños adoptados en estos países durante el período 1997-2004 ha sido de 9.387, lo que supone el 39% del total de los niños procedentes de adopción internacional.

La Federación Rusa, con 5.034 niños, es el principal país de procedencia, seguido de Ucrania (n = 1.859), Rumania (n = 1.491) y Bulgaria (n = 865). Los restantes niños se han adoptado en Hungría (n = 85), Kazajstán (n = 26), Polonia (n = 19), Letonia (n = 3), Bielorrusia (n = 3), Bosnia (n = 1) y Moldavia (n = 1). En la **Figura 5** se muestra la distribución porcentual.



**Figura 5. Distribución porcentual de los niños adoptados en la Federación Rusa y países de Europa del este por familias españolas (1997-2004)**

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005)

En estos países hay un gran número de niños institucionalizados debido a las bruscas transformaciones políticas, económicas (liberalización y privatización) y sociales que han sufrido durante la década de los años noventa. En la **Tabla 5** se describen las transformaciones sufridas, sus manifestaciones sociosanitarias y las consecuencias provocadas en la población materno-infantil.

El hecho de que más de la mitad de los niños institucionalizados en estos países sean adoptados por familias extranjeras es debido a que no existe todavía una cultura de adoptar, el número de niños adoptables supera al de las familias adoptantes y muchos niños son rechazados para la adopción nacional por sus antecedentes sociofamiliares, perinatales y/o por las características de su estado de salud.

**Tabla 5. Manifestaciones sociosanitarias y consecuencias en la población materno-infantil de las transformaciones sufridas en los países de Europa del este en la década de los 90.**

<u>Transformaciones</u>	<u>Manifestaciones</u>	<u>Consecuencias</u>
<b>Deterioros</b>	<b>Sociosanitarias</b>	<b>Población materno-infantil</b>
1. Económico	Mayores tasas de: - Pobreza - Alcoholismo - Drogadicción - Prostitución	Mayor incidencia de: - Deficiencias nutricionales - Enfermedades infecciosas - Tuberculosis; Sífilis - Hepatitis B y C; VIH / SIDA
2. Sistema sanitario	Precariedad de: - Asistencia primaria - Cuidados materno-infantiles - Programas de promoción de la salud - Medicina preventiva	Mayor incidencia de: - Enfermedades crónicas - Discapacidades - Física / Mental
3. Familia	Mayores tasas de: - Mortalidad masculina adulta - Divorcios / separaciones - Madres solteras / familias monoparentales	Mayor incidencia de: - Orfandad - Abandono y malos tratos - Ausencia de hogar
4. Sistema de protección a la infancia	Precariedad de: - Prevención de situaciones de riesgo - Trabajo social centrado en la familia o la comunidad	Mayor incidencia de: - Institucionalización (orfanato)

### **Problemas de salud**

Las consecuencias en la población infantil de este deteriorado marco económico, sanitario, familiar y social, además de otros factores que pudieran existir previos a la institucionalización o durante la misma, da lugar a que los niños adoptables de la Federación Rusa y países del este de Europa tengan un riesgo importante de presentar problemas de salud física y/o mental. (**ver tabla 6**).

**Tabla 6. Principales problemas de salud en niños adoptados en la Federación Rusa y Europa del este**

<u>Problema de salud</u>	<u>Literatura internacional</u> <sup>a</sup>	<u>Centro P. Zaragoza</u> <sup>b</sup>
	%	%
<b>Neurodesarrollo, conducta y adaptación</b>		
▪ Retraso del desarrollo neuromadurativo, de leve a moderado	41-82	69
▪ Retraso del desarrollo neuromadurativo grave	2-16	5
▪ Problemas y trastornos de conducta y adaptación social	34-47	32
▪ Síndrome alcohólico fetal	1-2	3
<b>Crecimiento y nutrición</b>		
▪ Retraso de crecimiento, de leve a grave	43-68	67
▪ Malnutrición, de leve a grave (incluye anemia ferropénica)	9-25	24
▪ Raquitismo	1	6
▪ Secuelas de raquitismo	11	18
<b>Sensorial</b>		
▪ Deterioro o disminución de la agudeza visual	8-26	13
▪ Deterioro o disminución de la agudeza auditiva	3-4	4
<b>Inmunizaciones</b>		
▪ Ausencia de certificado oficial de inmunizaciones	43-65	50
▪ Ausencia de anticuerpos protectores frente a alguna de las inmunizaciones administradas	3-50	42
<b>Infecciones</b>		
▪ Infecciones agudas del aparato respiratorio inferior	--	15
▪ Parasitosis intestinal	17-67	12
▪ Infección tuberculosa latente	5-30	5
▪ Infección por el virus de la hepatitis B	2-10	0
▪ Infección por el virus de la hepatitis C	1-2	0
▪ Sífilis congénita	1	0
<b>Anomalías congénitas</b>		
▪ Mayores	5	6
▪ Menores	5	4
<b>Otros</b>		
▪ Elevación leve (10-15 µg/dL) de los niveles séricos de plomo	1-7	0
▪ Trastornos dermatológicos	--	27
▪ Trastornos ortopédicos leves	--	11
▪ Trastornos odontológicos	--	8
▪ Hipotiroidismo subclínico	--	4

<sup>a</sup> Porcentaje o límites porcentuales, sobre la base de la bibliografía consultada.

<sup>b</sup> Niños procedentes de la Federación Rusa (94%), Ucrania (4%) y Rumania (2%) (Centro de Pediatría y Adopción Internacional de Zaragoza., casuística del autor). Se han redondeado los decimales.

A pesar de la existencia de los problemas de salud anteriormente descritos, el mayor dilema de las familias respecto de adoptar en la Federación Rusa y otros países del este de Europa no es que los niños lleguen con más o menos problemas de salud, de conducta y adaptación social, ya que estos problemas, en la mayoría de los casos, se han solucionado, recuperado o mejorado a partir del primer o segundo año de convivencia con la familia adoptiva. De hecho, la inmensa mayoría de las familias que han adoptado un niño originario de estos países lo volverían a adoptar.

Los informes médicos preadoptivos que se emiten en estos países, en general, ofrecen una información escasa, confusa y, en muchas ocasiones, alarmante respecto al neurodesarrollo del niño a adoptar, lo que provoca una gran incertidumbre y un estado de ansiedad en las familias que los reciben.

Estos informes médicos se caracterizan principalmente por mencionar numerosos diagnósticos, la mayoría de índole neurológica, utilizando con frecuencia una clasificación o una terminología diferente a las clasificaciones y a los conceptos diagnósticos utilizados en la medicina occidental, y especialmente en el área de neurología, que sugieren la existencia de una patología seria del sistema nervioso central o periférico (parálisis cerebral infantil, hipertensión intracraneal, hidrocefalia, deficiencia mental, trastornos neuromusculares, etc.). Habitualmente, los diagnósticos de índole neurológica se emiten en el periodo neonatal, se mantienen y/o se emiten nuevos diagnósticos hasta que el niño tiene aproximadamente dos años de edad, y se modifican o desaparecen a partir de entonces. Además, estos diagnósticos no se suelen acompañar de una descripción de los signos, síntomas, pruebas complementarias y/o tratamientos que los sustenten o, si se describen, pueden ser discrepantes con los diagnósticos emitidos.

Asimismo, existen discrepancias entre los diagnósticos médicos pre-adoptivos de los niños procedentes de la Federación Rusa y países del este de Europa y los observados en la exploración médica realizada en el país de acogida a su llegada.

También es muy frecuente la falta de datos sobre los antecedentes sociosanitarios familiares, la salud de la madre durante el embarazo y el control del mismo, y del período perinatal (edad gestacional, parto, test de Apgar, antropometría neonatal, cribado endocrino-metabólico, etc.).

A todas estas deficiencias, hay que añadir errores de fechas, errores en la conversión de unidades de medida, discrepancias con la información aportada de forma oral y traducciones incompletas o incorrectas. Además, aunque de forma excepcional, se han detectado casos de diagnósticos adulterados y de ocultamiento de datos y/o diagnósticos.

Sobre la base de la experiencia, en el caso de los niños procedentes de la Federación Rusa y de otros países de Europa del este, se considera que la simple evaluación e interpretación del informe médico preadoptivo elaborado en el país de origen, no es suficiente para valorar el riesgo respecto a la salud física y mental del menor. Cuando la familia preadoptiva así lo decida, una buena manera de aproximarse al conocimiento real de la salud del menor a adoptar, y con ello minimizar el riesgo, es realizar una consulta médica preadoptiva en la que se les informe sobre los datos de interés médico y sociosanitario que pueden obtener del menor asignado, y las condiciones que debe cumplir el material iconográfico que pueden realizar durante su visita al orfanato, para poder valorar con mayor garantía su desarrollo físico, neurosensorial y madurativo.

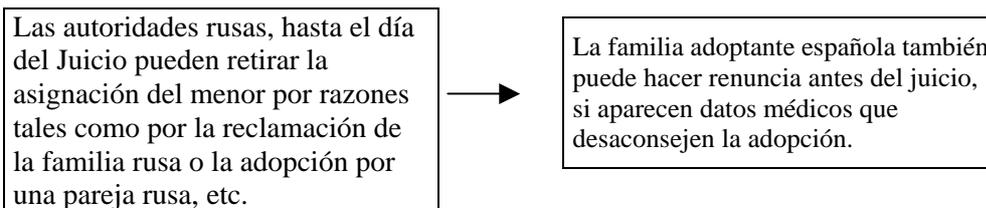
### **Medidas sanitarias preventivas para el viaje**

En la actualidad, para viajes y estancias en ciudades de la Federación Rusa y países de Europa del este, es suficiente con informar sobre consejos y normas sanitarias generales para viajeros internacionales y que no hay ningún requisito de vacunación.

De cualquier forma, se debe aconsejar que los adultos deben estar correctamente inmunizados contra la difteria, tétanos, polio, sarampión, rubéola, parotiditis y hepatitis B, y que las vacunas contra la gripe, hepatitis A y varicela son recomendables.

Si se viaja con niños mayores de 18 meses y están correctamente vacunados según el calendario de inmunizaciones recomendado por la Asociación Española de Pediatría no es necesaria la administración de otras vacunas.

### **Importancia de la información médica para la familia.**



### 1.3.B – CHINA Y SUDESTE DE ASIA.

#### CONTEXTO

La Republica Popular de China y los países de sudeste de Asia son la segunda área geográfica en frecuencia de los niños adoptados en el extranjero por familias españolas. Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el total de niños adoptados en China durante el período 1997-2004 ha sido de 6.882, lo que supone el 28,6 % del total de los niños procedentes de adopción internacional. China, con 6.837 niños adoptados (28,4%), supone el primer país de procedencia.

#### PROBLEMAS DE SALUD.

La información médica que procede de China es mínima, suele limitarse a la detección de ciertas enfermedades transmisibles y defectos físicos o mentales graves, y a veces puede estar adulterada.

En China existen enfermedades muy similares a las de nuestro país junto con algunas más específicas de su territorio. Por otra parte las niñas y niños ingresados en sus orfanatos pueden tener algunos factores de riesgo asociados a los motivos de adopción.

Hay que tener presente que, en China, las niñas son abandonadas por razones económicas y a causa de la “política de un solo hijo” que graba económicamente las familias múltiples. Casi todos los niños abandonados son de sexo femenino, y habitualmente son encontradas en hospitales o a las puertas de los propios orfanatos u otros edificios públicos para asegurar que reciban cuidados inmediatos.

La política de hijos únicos ha provocado un envejecimiento de la población, esto ha empujado a las autoridades sanitarias a concentrarse en enfermedades crónicas, a costa de perjudicar los servicios de prevención de infecciones. Además, en China se cobra a los padres o tutores legales la vacunación de los niños, esto puede provocar una disminución de la cobertura vacunal. Por otra parte, existe una gran diferencia entre la sanidad china de áreas urbanas (al menos suficiente) y la escasa estructura de las áreas rurales.

Los diagnósticos más frecuentes son los relacionados con déficits nutricionales (malnutrición, talla baja, anemia / ferropenia) y parasitosis intestinales (ver **tabla 7**).

**Tabla 7: Enfermedades/patologías encontradas en niños chinos adoptados**

Malnutrición	59%
Parasitaciones intestinales	35-50%
Anemia / ferropenia	30%
Sarna	25%
Raquitismo	20-30%
Dermatitis	25%
Retraso psicomotor	20%
Retraso de edad ósea	12%
Intoxicación por plomo	10-20%
Talasemia	5-10%
Contacto con Tuberculosis	9%
Cardiopatías congénitas	3%
Anomalías craneofaciales	3%
Marcadores de hepatitis B positivo	3%
Hepatitis B activa	1%
Anomalías renales	<1%
Hepatitis C	<1%
Sífilis congénita	<1%
Malaria	<1%
Intolerancia congénita a lactosa	<1%

***Informes médicos en la pre-adopción.***

Los informes actuales suelen ser bastante estructurados, incluyen una fotografía de la niña (casi anecdóticamente puede tratarse de un niño), un relato detallado de cómo fue encontrada, el patrón de comida y sueño, un perfil de personalidad y algunos rasgos de su desarrollo psicomotor bastante genéricos. Resulta curioso observar, que los pocos datos de desarrollo psicomotor y las pautas de introducción de alimentos, se repiten en distintas niñas procedentes de un mismo orfanato.

Casi todas las niñas chinas son abandonadas sin una fecha precisa de nacimiento. En el caso que persista el cordón umbilical, resulta muy probable que el abandono se haya producido en la primera semana de vida. En caso contrario, la fecha de nacimiento asignada puede ser la fecha de llegada al orfanato, salvo que la niña vaya acompañada de una nota.

La información médica se limita a un conjunto de estudios de laboratorio (cuyo original generalmente se acompaña): hemograma, test de hepatitis B, HIV y sífilis. Los grafismos chinos para "positivo" o "negativo" son fácilmente identificables y trasladables al castellano por personal experimentado. Suele existir una versión del informe en inglés. Otra cuestión es la veracidad de los datos médicos y la fiabilidad de los laboratorios locales que realizan la prueba.

A menudo constan datos antropométricos (peso, talla y perímetro cefálico) en el momento del examen inicial que se realiza a los pocos meses de ser institucionalizado. Las fotos suelen ser relativamente recientes, y muestran a la niña sentada en una silla o situada en un tacatá. Resulta muy difícil encontrar alguna referencia a enfermedades previas, tratamientos

recibidos o estudios médicos realizados durante la permanencia en el orfanato. Los pocos varones que llegan en adopción suelen tener algún problema de salud, no necesariamente grave.

En los orfanatos, la calidad de vida de los niños clásicamente se define como muy elemental, a veces en un régimen de vida de pura subsistencia, aunque progresivamente las condiciones van mejorando. En los últimos tiempos, comprobamos que algunas de estas niñas empiezan a ser acogidas por familias (muchas veces de los propios funcionarios del orfanato), a las que el gobierno ofrece ayudas económicas para hacer frente a los gastos de manutención de los menores hasta finalizar el proceso adoptivo. Globalmente no se observan grandes diferencias en cuanto al nivel de cuidados recibidos entre el grupo institucionalizado y el grupo sometido a acogimiento temporal.

**Vacunaciones:**

El calendario vacunal puede venir reflejado en una pequeña cartilla o en un folio. Es frecuente observar que las anotaciones han sido realizadas por una misma persona, repitiendo el mismo número de día del mes (p. ej. el 2 de cada mes) y con la misma tonalidad de tinta, lo que unido a los problemas derivados de la conservación de la cadena de frío, hacen ser considerados datos poco fiables.

### 1.3.C – CONTINENTE AFRICANO.

#### CONTEXTO

Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en el periodo 1997 al 2004 se han adoptado 584 niños procedentes de este continente. El país en donde más adopciones se realizaron en este periodo fue Etiopía, con 339 niños adoptados; seguido de Madagascar, con 84; Marruecos, con 76; Congo, con 26; Costa de Marfil y Mozambique, ambos con 13 niños cada uno; Malí, con 10; Camerún con 8; Burkina Faso con 6; Ghana y Mauritania, con 3 cada uno; y Guinea Ecuatorial, Nigeria y Togo, con 1 cada uno.

El continente africano, lo podemos dividir en dos grandes áreas geográficas, el Magreb y el África subsahariana.

El África subsahariana es la zona del mundo que mantiene indicadores de mortalidad infantil (en niños menores de 5 años) y neonatal, más altos.

Las principales causas de mortalidad son los problemas perinatales, las infecciones respiratorias, las diarreas, la tuberculosis, la malaria, el sarampión, y el SIDA. La malnutrición asociada a estas causas es un factor que contribuye en un 54 % a la mortalidad infantil.

#### PROBLEMAS DE SALUD

En los países africanos, a diferencia de otros países, en los que los niños pueden terminar en una institución por diferentes motivos, los menores que se encuentran en los orfanatos en su mayoría son realmente huérfanos.

África subsahariana es la región del mundo con mayor número de orfandad y es la única región del mundo donde esta cifra ha aumentado en los últimos años, y desgraciadamente lo seguirá haciendo en la próxima década. Este aumento tiene un tremendo impacto social, aunque se trate de culturas y comunidades con una fuerte cohesión social y con tradiciones que proveen soporte a los niños vulnerables y huérfanos. Por la estructura de las familias africanas, es normal que parientes y vecinos, se puedan hacer cargo de niños cuando sus padres no están en condiciones de ello. Además, la distribución de las casas en las áreas rurales facilita las cocinas comunitarias y el compartir otras tareas. Esta organización social también incide en el temperamento de los niños huérfanos que aceptan con menor impacto emocional residir en orfanatos donde persisten la vida comunitaria y el juego al aire libre, aunque las condiciones de salud no sean las óptimas. **(Tabla 8)**

**Tabla 8** Patología frecuente y/o específica en Africa

Diarrea / parasitosis intestinales
Malaria
Anemias
- Por déficit de hierro
- Por enfermedad de la sangre: hemoglobinopatías
- Anemia de células falciformes (enf. Genética)
- Por déficit de glucosa-6-fosfatodeshidrogenasa
Hepatitis vírica
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis D
- Hepatitis C
Infección por VIH
Tuberculosis
Lesiones cutáneas
- Escabiosis y pediculosis
- Tiñas.

**Vacunaciones**

En la mayoría de casos no existen registros vacunales o las vacunas que han recibido son desconocidas, aún existiendo en la mayoría de países programas de inmunización con adecuado cumplimiento hasta el primer año de vida. Actualmente se realizan grandes esfuerzos por parte de organizaciones internacionales, para la administración del sarampión a los 9 meses.

Los niños procedentes de Marruecos suelen llegar a nuestro país con un documento acreditativo del calendario vacunal bien cumplimentado, las vacunas han sido correctamente administradas y estos documentos son totalmente fiables.

### 1.3.D – Latinoamérica

#### CONTEXTO

Latinoamérica es un enorme continente con grandes desigualdades entre los países y regiones: los indicadores sociosanitarios en Uruguay, Chile o Argentina distan mucho de los de Bolivia, Honduras o Haití.

Como regla general, el estado de salud de los niños adoptados en América del centro y del sur presentan mejor estado de salud, que el de niños de otros continentes aunque siguen padeciendo similares patologías.

La inversión en salud de los gobiernos y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es alta con respecto a otros países de renta baja e incluso equiparable a la nuestra en algunos sectores.

Los partos atendidos y los embarazos controlados han mejorado en número y el uso de anticonceptivos va extendiéndose. El Programa Ampliado de Inmunización alcanza buenas coberturas.

Aún así, los índices de mortalidad infantil son unas 4-5 veces superiores a las nuestras.

En Latinoamérica el concepto de familia es muy importante y el trato con los demás es cálido, personalizado y con empleo de saludos y lenguaje formal. Sin embargo el uso del castigo físico, el abuso de autoridad por parte de padres y cuidadores e incluso el maltrato, están mucho más aceptados que en nuestras sociedades.

#### Número de Adopciones

El número de niños procedentes del conjunto de América Latina adoptados en el Estado Español asciende a 5.969, desde 1997 hasta 2004 ambos incluidos.

Los países de procedencia en orden de frecuencia son: Colombia (2549), Perú (670), Mexico (565), Bolivia (486), Guatemala (367), Costa Rica (328), R. Dominicana (286), Brasil (165), Nicaragua (153), Chile (138), El Salvador (137), Honduras (125), Ecuador, Haití, Venezuela y Panamá.

#### PROBLEMAS DE SALUD

Entre las enfermedades frecuentes, encontramos las habituales halladas en países de baja renta (PBR) (patologías neonatales, respiratorias, diarreas y parásitos intestinales).

#### Calendario de alimentación complementaria

Con frecuencia es adelantado respecto al nuestro; los zumos de frutas se dan desde los 3 meses y las verduras, cereales con gluten y huevo entre los 3 y 5 meses.

En general la alimentación es más permisiva en dulces y lactofarináceos, lo cual provoca caries, obesidad y problemas carenciales.

En algunos países se administra Vitamina A durante el primer año de vida y aportes de hierro desde los 6 meses hasta los 3 años.

Se ha descrito una mayor prevalencia de obesidad en la juventud respecto a adoptados de Asia y Europa, lo cual podría indicar una mayor susceptibilidad genética a la obesidad.

**Vacunaciones:**

La O. P. S. tiene desarrolladas amplias estrategias de vacunación en toda América. Así, las coberturas vacunales básicas (3 dosis al año de edad de DTP, Hepatitis B y Haemophilus Influenzae y 1 dosis de BCG y sarampión) superan según datos de la OMS el 90% de cobertura.

Además, entre los adoptados, más del 70% tienen cicatriz de BCG y serología postinmunización positiva de Hepatitis B. Por ello, las inmunizaciones *-si están documentadas-* son consistentemente fiables.

Los pocos estudios médicos referentes a estos niños, señalan la relación de alteraciones encontradas en niños de adopción procedentes de Guatemala detallada en la **Tabla 9**.

**Tabla 9.** Prevalencias de alteraciones en estudios realizados con niños adoptados en Guatemala (Miller 2005).

Retrasos significativos de talla, peso y perímetro craneal	17 %
Anemias	30%
Infecciones por parásitos intestinales	12%
Mantoux positivos	5%
Signos centinela de síndrome alcohólico fetal	6%
Retraso del desarrollo psicomotor, adaptación social y lenguaje	14%.
Casos esporádicos de hepatitis B, Hepatitis C, Sífilis o VIH	

Valorando los resultados obtenidos, y teniendo en cuenta el escaso número de estudios de niños adoptados en Latinoamérica, se puede observar que los niños procedentes de Guatemala, Colombia, Ecuador o Perú presentan, en general, menores patologías. Por otro lado las diferencias entre orfanato y familias de acogida sólo detectaban menores retrasos de peso, talla y perímetro craneal a favor de las familias de acogida.

### 1. 3. E – Subcontinente Indio.

#### CONTEXTO

La región denominada Subcontinente Indio comprende a los siguientes países (por orden alfabético): Afganistán, Bangladesh, Bhután, India, Maldivas, Nepal, Pakistán y Sri Lanka. Sólo dos de ellos, India y Nepal, tienen relevancia actualmente desde el punto de vista de la adopción internacional; en 2004, el 3,3% (185 de un total de 5.541) de los niños adoptados procedían de India o Nepal (117 y 68 respectivamente).

(ver Cuadro 1)

#### PROBLEMAS DE SALUD

Los indicadores sociosanitarios de ambos países son similares, India y Nepal tienen altas tasas de crecimiento anual (1,7% y 2,3% respectivamente) y fertilidad (3 y 4,2 respectivamente). La tasa de mortalidad infantil es de las más elevadas, y la renta *per cápita* en salud de las más bajas. Junto con Etiopía, forman el grupo de países con condiciones más desfavorables de todos los que nutren la adopción internacional en España. Además, en Nepal sufren las consecuencias de un conflicto armado desde hace muchos años, lo cual constituye un factor de mayor riesgo muy importante. Una diferencia notable entre ellos es la referida a la polio; India es un país endémico (con 130 casos notificados de la enfermedad por virus salvaje en 2004), pero no Nepal (ningún caso desde 2000). Estos dos países comparten en general el perfil de enfermedades singulares de otros de la región del suroeste de Asia. La OMS dispone de información detallada de ambos países de la cual se muestra un extracto en la **Tabla 10**.

Tabla 10. Perfil de enfermedades de especial prevalencia e impacto en el subcontinente Indio		
	India	Nepal
Brotos de enfermedades transmisibles registrados según el Communicable Disease Surveillance & Response (CSR) de la OMS <sup>i,ii</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad meningocócica por serogrupo A (junio 2005, mayo 2005).</li> <li>- Dengue (serotipos DEN-3, DEN-2) (noviembre 2003).</li> <li>- SARS (mayo 2003)</li> <li>- Peste (<i>Yersinia pestis</i>) (febrero 2002).</li> <li>- Cólera (agosto 2001).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SARS (mayo 2003)</li> <li>- Encefalitis (octubre 1997, septiembre 1997)</li> <li>- Encefalitis japonesa (octubre 1996)</li> </ul>
Polio	- Polio: país endémico	- Polio: país no endémico (último caso notificado en 2000)
Causas de morbilidad principales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedades gastrointestinales relacionadas con la calidad del agua de uso humano (diarrea, disentería, cólera, fiebre tifoidea)</li> <li>- Infecciones respiratorias agudas</li> </ul>	
Causas de mortalidad principales (registros hospitalarios)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infecciones respiratorias agudas</li> <li>- Encefalitis (de etiología diversa)</li> <li>- Meningitis bacteriana</li> <li>- Enfermedad bacteriana invasora</li> <li>- Diarrea</li> </ul>	
Otras problemas de salud con gran impacto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Malnutrición y déficits nutricionales carenciales</li> <li>- Fallo de medro, déficit cognitivo</li> <li>- Déficit de cuidados maternos y perinatales</li> <li>- Parasitosis intestinales</li> <li>- Tuberculosis</li> <li>- Hepatitis B</li> <li>- Hepatitis C (niños institucionalizados de Nepal)</li> <li>- Infección por VIH</li> <li>- Exposición a contaminantes ambientales, químicos, etc.</li> <li>- Malaria (<i>P. falciparum</i> y <i>vivax</i> con resistencia a cloroquina) (en determinadas zonas)</li> <li>- Drepanocitosis y otras hemoglobinopatias (sobre todo en India)</li> <li>- Déficits sensoriales (visión, audición, por causas diversas)</li> </ul>	

Según registros oficiales recogidos por la OMS, los indicadores vacunales referidos a 2003 mas reveladores son:

- Al año de edad: 70-78% de los niños han recibido 3 dosis de DTP, 0-15% de HB, 0% de Hib.
- A los 2 años de edad: 67-75% han recibido una dosis de vacuna antisarampión.

## 1.4. - PREPARACIÓN DEL VIAJE Y DEL PRIMER ENCUENTRO.

### 1.4. A.- Información sobre el estado de salud que deben recoger las familias

Los padres deben hacer una serie de preguntas a los cuidadores del orfanato y personal cercano al niño para conocer en profundidad la situación real del niño/a. Dichas cuestiones las pueden dirigir a través de las ECAIS o intermediarios (Tabla 12).

En la Tabla 11 figura un listado de cuestiones que deberían satisfacerse por los responsables sanitarios del país de origen. Es poco probable que se obtengan todas estas respuestas por razones de peculiar índole de cada país y de cada caso individual, pero sirve como guía de preguntas a efectuar.

**Tabla 11. Datos médicos y sociosanitarios que se debería obtener de todo niño adoptable en el extranjero.**

<p><b>Filiación:</b> nombre, fecha y lugar de nacimiento.</p> <p><b>Historia sociofamiliar</b> (madre, padre y hermanos): nombres, edad, profesión, nacionalidad, etnia, antecedentes de alcoholismo, drogadicción, prostitución, enfermedad psiquiátrica, retraso mental, malos tratos, institucionalización, problemas médicos.</p> <p><b>Historia perinatal y neonatal:</b> número de gestación, salud de la madre durante la gestación, edad gestacional (¿fue prematuro?), lugar del parto (domicilio/hospital), tipo de parto (vaginal/cesárea), test de Apgar (valor a los minutos 1 y 5), cribado de endocrino-metabolopatías (“prueba del talón”), antropometría neonatal (peso, longitud, perímetro cefálico), patología perinatal y neonatal (estudios y tratamientos realizados, ¿quedó alguna secuela permanente?).</p> <p><b>Institucionalización:</b> motivo de la institucionalización, número y tipo de instituciones por las que ha pasado (orfanato, residencia, hogar funcional, familia acogedora), localización de la institución (país y área geográfica) y tiempo de institucionalización (desde la fecha del primer ingreso). Interesa recabar información sobre el aspecto general y las condiciones higiénicas y de salubridad de la institución observadas durante la visita.</p> <p><b>Desarrollo físico</b> (peso, talla, perímetro cefálico, etc.): evolución en el tiempo (1, 3, 6, 9, 12 meses, etc.) y datos antropométrico-nutricionales actualizados.</p> <p><b>Desarrollo psicomotor</b> (motor fino, motor grueso, lenguaje, socialización) y <b>neurosensorial</b> (visión / audición): evolución en el tiempo y datos del momento actual.</p> <p><b>Enfermedades previas</b> (diagnósticos o síntomas): padecidas antes y durante su estancia en la institución (con fecha o edad del niño) y medicamentos administrados. ¿Han dejado alguna secuela permanente?.</p> <p><b>Enfermedades que presenta en la actualidad</b> (diagnósticos o síntomas) y tratamiento que se le administra. Preguntar qué consecuencias tiene la enfermedad y, una vez en nuestro país, qué cuidados y tratamientos deberá seguir. ¿Son el resultado o secuelas de problemas / enfermedades del período perinatal-neonatal o de enfermedades previas?.</p> <p><b>Intervenciones quirúrgicas</b> realizadas (diagnóstico y fecha) (incluidas las transfusiones de sangre).</p> <p><b>Evaluaciones médicas por especialistas</b> (diagnósticos y fechas).</p> <p><b>Alergias, reacciones o intolerancias conocidas</b> (a medicamentos, alimentos, polen, etc.).</p> <p><b>Vacunas</b> administradas (nombres) y fechas de administración.</p> <p><b>Pruebas de cribado de laboratorio:</b> fecha de realización y resultados.</p> <p><b>Estudios serológicos</b> (VIH, hepatitis B, hepatitis C, sífilis, toxoplasmosis, citomegalovirus, etc.): fecha de realización y resultados</p> <p><b>Prueba de Mantoux</b> (tuberculina): fecha/s de realización y resultados.</p> <p><b>Comportamiento</b> y reacciones del niño cuando está enfermo.</p> <p><b>Alimentación:</b> gustos, consistencias, horarios y cantidades.</p> <p><b>Actividades diarias</b> (levantarse, siesta, acostarse, baño, cepillado de dientes, juegos, juguetes, etc.): horarios, preferencias y costumbres.</p> <p><b>Sueño:</b> duración, tipo de cama, tipo de sueño, problemas.</p> <p><b>Control de esfínteres:</b> pañales/orinal, enuresis/encopresis, horarios, hábito deposicional.</p> <p>Aspectos de la <b>conducta</b>, del <b>desarrollo socioemocional</b> y del <b>lenguaje</b>.</p> <p>Aspectos del <b>desarrollo escolar</b>.</p>
--

**Tabla 12. Pautas y consideraciones sobre la salud del menor.**

Reúna toda la información posible de otras fuentes: cuidadores, traductores, etc.	Debe realizarse una valoración posterior sobre la calidad de la información obtenida
Tenga presente que el crecimiento del niño solo será óptimo a partir de la llegada a su nuevo hogar.	Realizar videos o fotografías seriadas del niño, también es una fuente más de información.
-Su propia impresión como familia, es esencial. -Tener o formarse en conocimientos médicos también ayuda. -No se dejen influenciar ni presionar por nadie, busquen siempre su propio criterio.	En países de baja renta, la analítica del laboratorio puede ser no fiable, las ecografías pueden no estar bien interpretadas. Los informes pueden consistir en poco más de una serie de diagnósticos sin fundamento o insólitos. A veces la cantidad de información segura disponible puede ser poca, es mejor buscar lo que ofrece confianza e interpretarlo con cuidado.
Obtenga, ante cualquier duda, una opinión de pediatras con experiencia en adopciones.	Los informes deben ser interpretados en su contexto. No olvidar que mientras el sobrediagnóstico es común, no es un problema importante, el infradiagnóstico sí puede ser un problema serio.
Intente determinar la duración de un problema, para conocer si es un proceso agudo o crónico.	En algunos países los niños pueden ser hospitalizados durante semanas o meses, por causas relativamente menores y por las que nunca lo serían en nuestro país. La duración de una hospitalización a menudo no tiene nada que ver con la severidad del problema.

**Técnicas de video. (Tabla 13)**

Finalmente, siempre bajo la decisión individualizada de cada familia, la realización de material audiovisual del menor a adoptar puede ser útil para tener una idea más aproximada de su estado real de salud física y mental. En los centros médicos pre-adoptivos que dispongan de medios y técnicas audiovisuales, el estudio por profesionales experimentados del material recopilado del niño puede ser útil para la identificación de retrasos o trastornos del desarrollo neuromadurativo (especialmente si son moderados o severos), signos de alarma de enfermedad neurológica o sensorial, síndromes genéticos y dismorfológicos, anomalías congénitas, deformidades o displasias óseas, trastornos ortopédicos, enfermedades dermatológicas y trastornos dentales, entre otras patologías.

**Tabla 13. Técnica de toma de imágenes.**

Buena calidad de imagen y audio.
Duración de al menos 10-15 minutos.
Mostrar al niño con y sin ropa*.
Mostrar al niño en movimiento (comiendo, bebiendo, jugando, pintando, gateando, andando, etc.).
Mostrar al niño vocalizando, riendo o llorando (audio).
Mostrar al niño reaccionando ante el ruido o sonidos.
Mostrar al niño interactuando con adultos y otros niños.
Mostrar en detalle el contacto visual del niño.
Mostrar en detalle y en diferentes ángulos el cráneo y la facies del niño.
Mostrar en detalle el paladar y los dientes del niño.
Mostrar en detalle las manos y los pies del niño.
Mostrar en detalle cualquier aspecto de su físico que llame la atención.
Realizar videos / fotografías secuenciales en el tiempo.

*\* Sin ropa, no quiere decir desnudo completamente, ya que puede agredir la intimidad del menor. Sin ropa, supone retirar prendas accesorias o remangar partes de la vestimenta. Se deberá atenderse en todo caso a las limitaciones y garantías exigidas por la normativa vigente en los países de origen y en nuestro país.*

#### 1.4. B.- Medidas preventivas para el viaje según la zona geográfica.

El viaje a los diferentes países de adopción internacional, supone para las familias someterse a cambios significativos con estilos de vida diferentes, contacto con especies animales e insectos desconocidos y exposición a enfermedades infecciosas de las que no están inmunizadas. La intensidad de este riesgo va a depender del país de destino, dentro de éste si la zona es rural o urbana, tipo de hospedaje, época del año, duración de la estancia, enfermedades prevalentes en la zona, susceptibilidad y estado de salud individual, etc. Debido a que estos factores locales siempre van a estar ahí, se deben tomar una serie de medidas preventivas generales y otras específicas para disminuir en lo posible el riesgo de enfermar.

#### Consulta médica previa al viaje.

El momento de esta visita debe ser de al menos, unas 4 a 6 semanas anteriores al día de salida, tiempo necesario para que, si se precisara la administración de vacunas, éstas fueran efectivas durante el viaje.

Es el momento de comentar al médico de familia/pediatra las características del viaje (destino, duración, etc.), para que nos oriente en las medidas a tomar (**Tabla 14**) o nos remita al Centro de Vacunación Internacional correspondiente.

La presencia de ciertas enfermedades crónicas en el viajero podrían contraindicar el viaje en avión o dificultar la estancia, por lo que deben ser expuestas al médico. No hay que olvidar llevar la medicación diaria necesaria y realizar el correspondiente control aduanero, evitando así posibles problemas. Aportando informes médicos con diagnóstico y tratamiento (con nombres genéricos), así como necesidad de llevar medicación o jeringuillas, transportándolo todo en equipaje de mano.

Es importante un chequeo dental, sobre todo en personas que padezcan este tipo de problemas (de difícil solución en los países de destino).

La posibilidad de embarazo puede restringir también el viaje en avión si está muy avanzado, contraindicar cierto tipo de vacunas, toma de medicación profiláctica (p. ej. paludismo), y riesgo para el feto si se contraen cierto tipo de enfermedades.

El viaje con niños a estos destinos, supone para ellos un elevado riesgo de contraer enfermedades de mayor gravedad, de mayor efecto de los riesgos medioambientales , más posibilidad de accidentes, etc.

Debería también existir una consulta médica tras el regreso a España en las siguientes situaciones:

- Si se ha estado en contacto con enfermedades con posibilidad de contagio (tuberculosis, infecciones de piel, etc.).
- Si aparece sintomatología de fiebre, diarrea persistente, vómitos, ictericias (cambio de color de piel o de color blanco conjuntival hacia tono amarillo), sintomatología urinaria, enfermedad en la piel, coincidiendo con un viaje a Países de Baja Renta (PBR) en los 12 meses anteriores.

Es conveniente informarse de la cobertura sanitaria del país de destino, y conocer las coberturas de seguros médicos a contratar.

### 1. 4. C. - Riesgos para la salud y modo de evitarlos

#### ➤ Medidas generales

A continuación vamos a describir los riesgos con los que podemos encontrarnos, así como la manera de evitarlos, en todos los países de destino de forma global, teniendo cada uno de estos países sus especiales características, que deberemos consultar (**Tabla 14**)

**Tabla 14. Para evitar riesgos medioambientales se aconseja:**

<b><i>Cuidados con la alimentación</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-No ingerir verduras crudas y consumir sólo fruta pelada por uno mismo</li> <li>-Comer carnes y pescados bien cocinados. No ingerir moluscos crudos.</li> <li>-Rechazar la que se haya cocinado con anterioridad y se encuentre almacenado a temperatura ambiente</li> <li>Rechazar alimentos o salsas que contengan huevo poco cocinado.</li> <li>-No consumir leche ni derivados sin higienizar.</li> <li>Cuidado con helados y repostería</li> <li>-La diarrea es el proceso más frecuente en los viajes</li> </ul>
<b><i>Cuidados con el agua</i></b> (Importante transmisor de infecciones)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Beber sólo agua embotellada y/o tratadas con suficientes garantías.</li> <li>-Los refrescos y bebidas calientes son más seguras. No usar cubitos de hielo.</li> <li>-Las bebidas tipo infusiones (te, café) en principio son aptas para el consumo</li> <li>-Emplear agua embotellada para la bebida, preparación de biberones y cepillado de los dientes.</li> <li>-En caso de aguas potencialmente peligrosas tratar mediante ebullición (durante 10 minutos) o cloración (2 gotas de lejía por litro de agua y esperar 30 minutos antes de consumirla).</li> <li>-Cuidado con las inmersiones, en especial ríos y lagos, por aguas nocivas.</li> </ul>
<b>Protección contra animales, reptiles e insectos.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evitar contacto con animales, incluidas aves.</li> <li>-Usar calzado apropiado y revisar ropa antes de ponérsela.</li> <li>-Protegerse de las picaduras de insectos mediante repelentes, evitar perfumes y ropas de color claro, usar ropa de manga larga y evitar pantalones cortos.</li> </ul>
<b>Higiene personal</b>	Aumentar las medidas, lavarse las manos frecuentemente, y sobre todo antes de comer. Aseo personal completo.
<b>Enfermedades de transmisión sexual. SIDA, Hep. B</b>	Prevención

### **Gripe Aviar.-**

El virus de la gripe aviar afecta usualmente a aves (y en menor medida a otras especies animales). En 1997 se detectaron los primeros casos de transmisión a humanos en Hong Kong; esta transmisión se produce por vía respiratoria y sólo en casos de exposición profesional o de otro tipo que resulte estrecha y continuada. El viaje a zonas con casos de animales declarados (en expansión continua) sólo requiere precauciones generales como las ya descritas. En todo caso es recomendable consultar fuentes fiables antes de emprender el viaje con cierta antelación.

#### ***Fuentes de Consulta:***

Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/csr/en/>

Ministerio de Sanidad y Consumo: <http://www.msc.es>

Centros de Vacunación Internacional:

[http://www.msc.es/proteccionSalud/ciudadanos/viajero/vacunacion/cont\\_centros\\_vacunacion.htm](http://www.msc.es/proteccionSalud/ciudadanos/viajero/vacunacion/cont_centros_vacunacion.htm)

## **ATENCIÓN SANITARIA PARA LA FAMILIA ADOPTANTE. VACUNACIONES Y QUIMIOPROFILAXIS**

Es conveniente programar con tiempo los aspectos sanitarios del viaje de los padres, ya que algunas medidas como vacunas y quimioprofilaxis deben realizarse con antelación suficiente. No hay ninguna vacuna obligatoria exigida para poder viajar a China, Rusia o Este de Europa. Sin embargo, es recomendable: tener actualizado el calendario oficial de vacunaciones.

## 1.4. D.- PROFILAXIS ANTIPALUDICA EN EL VIAJERO.

El paludismo o malaria es una enfermedad muy extendida en el trópico. Es una de las principales causas de mortalidad y es la infección parasitaria más importante en el mundo.

Está causada por un protozoo (*Plasmodium*), que es transmitido al hombre a través de la picadura de la hembra del mosquito *Anopheles*. La malaria está en aumento por la aparición de resistencias a los medicamentos e insecticidas en las zonas de transmisión, y el empobrecimiento aun mayor de las infraestructuras de los países afectados. Está apareciendo de nuevo en áreas dónde había sido erradicada y extendiéndose a nuevas áreas como Asia Central o Europa del este.

El periodo de incubación de la enfermedad es de 7 a 12 días y mas de 15 en las formas más leves. La manifestación clínica típica del paludismo es el acceso palúdico: cada dos o tres días el paciente presenta escalofríos seguidos de fiebre alta; horas después presenta sudoración abundante y desaparece la fiebre. Este patrón de fiebre cada dos o tres días es muy característico y se da en el paludismo benigno; pero cuando se trata de paludismo por *Plasmodium falciparum* los accesos palúdicos pueden presentarse de forma irregular y acompañarse de otras manifestaciones que dificultan el diagnóstico.

Existe paludismo en:

**América:** desde Méjico al Norte de Argentina. **África:** toda África subsahariana incluida Madagascar. **Zonas de Oriente Medio.** Subcontinente Indio e Insulindia. **China:** en determinadas provincias. Toda la **Península Indochina**, Melanesia e Islas Filipinas

### La prevención del paludismo

Se basa en 4 normas básicas:

1. Conocer el riesgo: zonas endémicas, periodo de incubación y síntomas más frecuentes.
2. Evitar las picaduras de mosquitos: emplear medidas de barrera como repelentes, mosquiteras... En muchas ocasiones, sobre todo si los niños son pequeños es la única medida que podemos recomendar.
3. Cumplir la quimioprofilaxis antimalárica.
4. Consultar inmediatamente a un médico en caso de síntomas. En niños pequeños, no se recomiendan los autotratamientos.

### Medidas barrera:

Son fundamentales para prevenir no solo el paludismo, sino otras enfermedades transmitidas por mosquitos, como la fiebre amarilla. En los niños, muchas veces es la única medida a tomar, ya que los fármacos utilizados para prevenir el paludismo pueden ser tóxicos, o imposibles de utilizar (falta de formulación, alta toxicidad...).

Informarse antes de salir en las Unidades de Atención al Viajero existentes en todas la Comunidades Autónomas (ver anexo). Es importante la zona del viaje, la duración aproximada del mismo y la estación en que se haga. La protección individual frente a las picaduras de mosquitos entre el anochecer y el amanecer es la primera línea de defensa contra el paludismo. **Ver tabla 15** .

**Tabla 15 Medidas barrera.**

<p><b>Ropa adecuada:</b> Que cubra la mayoría de las zonas expuestas: pantalón y camisas de manga larga, calcetines, zapato cerrado, gorra,....</p>
<p><b>Telas mosquiteras :</b> (Poros de 1,2 – 1,5 mm), tanto en ventanas como alrededor de la cuna o cama, que pueden impregnarse con insecticidas residuales.</p>
<p><b>Insecticidas:</b> Se combinan con los repelentes aplicados sobre la piel. El más utilizado es la permetrina en spray o soluciones sobre la ropa, telas mosquiteras...</p>
<p><b>Repelentes de insectos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Picaridina</b>(ácido 1-piperidincarboxil, 2-(hidroxietil)-1-metil-propileste) a concentraciones del 10-20%.</li> <li>• <b>DEET</b> (N,N-dietil-3-metilbenzammina) al 30% que proporciona más del 95% de protección durante 6 a 12 horas en adultos, pueden emplearse en niños mayores sin peligro. Podrían presentar alguna toxicidad los niños muy pequeños.</li> <li>• <b>Para niños muy pequeños. N-Butil-N acetil Aminopropionato de Etilo</b> al 17% , cuyo efecto dura entre 1 y 4 horas, o <b>aceites esenciales de plantas</b> (limón, eucalipto...) (Consulte al farmacéutico sobre estos productos)</li> </ul>

**QUIMIOPROFILAXIS ANTIPALÚDICA:**

Como normas generales, debemos recordar al viajero:

- Ningún fármaco antipalúdico previene completamente frente a la enfermedad.
- El inicio de la profilaxis, para obtener niveles terapéuticos en sangre al llegar a la zona de riesgo, debe hacerse una semana antes (mefloquina o cloroquina), o el día anterior (proguanil, atovaquone-proguanil o doxiciclina).
- No olvidar que, en mayor o menor medida, todos los fármacos antipalúdicos tienen efectos secundarios.

Actualmente, las recomendaciones de la pauta de quimioprofilaxis deben hacerse en función del país a visitar, teniendo en cuenta las resistencias, casos nuevos, alertas sanitarias. Por ello, se recomienda a todo viajero, tanto niño como adulto, que antes de emprender su viaje, más si es a un país tropical, acuda a una Unidad de Consejo al Viajero. (Tabla de centros por ciudades en anexo.)

### 1.4. E.- Kit de viaje en adopción internacional.-

Dado que los trámites durante la estancia y la duración del viaje de regreso pueden ser prolongados, es útil que las familias porten un equipaje solo con lo indispensable, para los cuidados básicos de higiene y alimentación del niño, así como una serie de medicamentos-botiquín médico de viaje para resolver los problemas de salud que con mayor frecuencia pueden acontecer.

**Tabla 16. -Kit de viaje en adopción internacional**

<p>Paracetamol o Ibuprofeno.          Suero fisiológico, monodosis o spray.          Jarabe antihistamínico para catarrros, pruritos y también para relajar al niño durante el viaje.          Crema antiséptica o antibiótica para infecciones de la piel.          Crema de hidrocortisona al 1%.          Crema hidratante cara y cuerpo.          Permetrina al 1% loción anti pediculus capitis (piojos de la cabeza).          Sobres de rehidratación oral.          Colirio antibiótico.          Amoxicilina o amoxi-clavulánico (un jarabe grande).          Termómetro.          Repelentes de insectos.          Tiritas, esparadrapo, gasas estériles.</p>
---

Apartado de higiene y alimentación infantil (\*)

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crema hidratante corporal y del área del pañal</li> <li>- Gel infantil y esponja</li> <li>- Pañales y toallitas</li> <li>- Biberón y tetinas</li> <li>- Leche adaptada</li> <li>- Cereales</li> <li>- Termo para líquidos y purés</li> <li>- Cuchara, cuenco, vaso adaptado y baberos</li> </ul>
---

\* En relación a las cantidades, dependerá de la edad del niño, días de estancia, y la posibilidad de adquirirlos en el destino

#### 1.4. F.- UTILIZACIÓN BÁSICA DE LOS MEDICAMENTOS EN UN PAÍS EXTRANJERO:

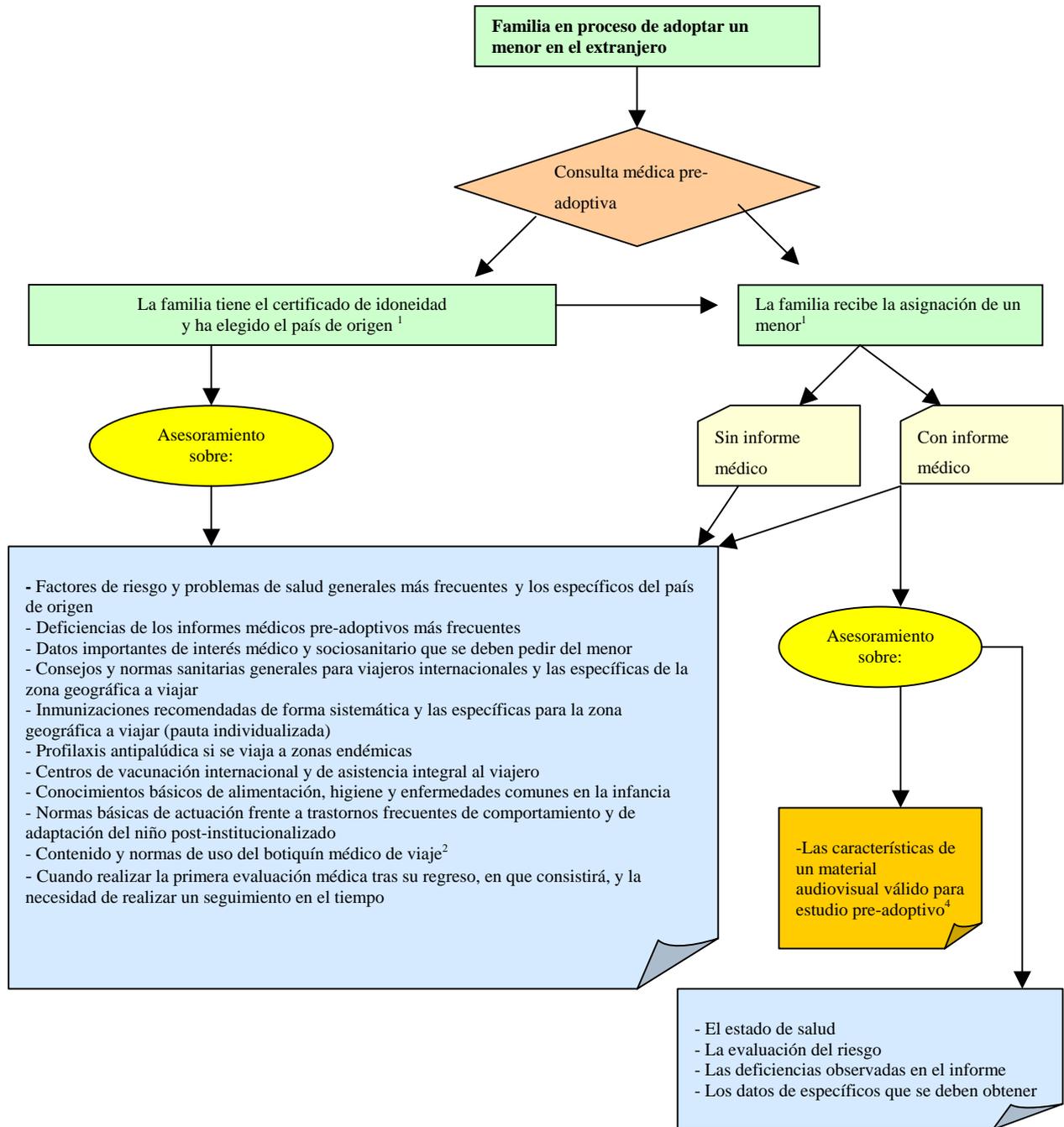
Se recomienda comentar con el pediatra las indicaciones de este apartado sanitario, especificando por escrito dosis, pauta, duración,.. como puede verse en el siguiente ejemplo:

1. Ante un niño con fiebre leve ( más de 37° en axila después de tres minutos) y sin acceso a pediatra debe de dársele el jarabe.....a una dosis de .....cada seis horas.
2. Si tiene tanto catarro como picor en la piel por dermatitis, habones u otra causa, se le dará al niño -----ml de ..... jarabe cada 6-8 horas. Este jarabe tiene un cierto poder relajante.
3. Si el niño tiene la piel en las flexuras o en general, roja y áspera y se le ve incómodo, bañar con poca frecuencia, dar dos veces al día crema hidratante y si no mejora dar crema de hidrocortisona también dos veces al día durante 10-15 días.
4. Si hay cortes, quemaduras o lesiones y heridas abiertas o con postillas en la piel, dar crema antibiótica en la zona tres veces al día.
5. Si se ven piojos, liendres y se rasca la cabeza aplicar la loción de permetrina y dejarla durante 10 horas lavando el pelo a la mañana siguiente. Se peinará bien (mejor con liendrera) y con paciencia se quitarán las liendres una a una.
6. Si está con vómitos y diarrea darle agua y la alimentación normal pero en pequeñas y frecuentes cantidades. Si pierde mucho líquido darle suero (fabricado según las instrucciones del paquete) en sorbos breves cada diez –veinte minutos.
7. Si tiene conjuntivitis de uno o los dos ojos con la parte blanca del ojo roja, legañas y molestia, aplicar una gota del colirio en cada ojo seis veces al día si es posible.
8. El antibiótico darlo sólo si se reciben instrucciones de algún pediatra.
9. El biberón se preparará siempre con 30ml de agua de botella por cada cucharadita rasa de leche en polvo (viene incluida en cada envase)
10. A esto se le añaden, si el niño es mayor de 5 meses, unas cucharadas de cereales sin gluten. Se preparará una cantidad grande (como 240ml) y se ofrecerá al niño lo que desee despreciándose lo que sobre.

Tabla 17. **Medidas preventivas generales para el viaje y vacunaciones recomendadas en adultos. Resumen.**

<b>Zona a visitar</b>	<b>Medidas generales</b>	<b>Vacunaciones</b>	<b>Observaciones</b>
<b>África oeste, central y este</b>	<b>Todas</b> Especial cuidado con agua, comidas, mosquitos y baños	<b>Recomendadas en calendario</b> y Hepatitis A y B Meningitis A+C Fiebre tifoidea Fiebre amarilla Antigripal Profilaxis malaria	
<b>América central</b>	<b>Todas</b> Especial cuidado con agua, comidas y mosquitos	<b>Recomendadas en calendario</b> y Hepatitis A y B Fiebre tifoidea Antigripal Profilaxis malaria	Vacunar de fiebre amarilla si se va a proceder de Sudamérica o ciertas zonas endémicas de Panamá
<b>Zona tropical de Sudamérica</b>	<b>Todas</b> Especial cuidado con agua, comidas y mosquitos	<b>Recomendadas en calendario</b> y Hepatitis A y B Fiebre tifoidea Antigripal Fiebre amarilla Profilaxis malaria	
<b>Caribe</b>	<b>Todas</b> Especial cuidado con agua, comidas, mosquitos y baños	<b>Recomendadas en calendario</b> y Hepatitis A y B Fiebre tifoidea Antigripal Profilaxis malaria	
<b>Asia</b> (excepto Japón, Corea del Sur, Taiwán y Hong Kong)	<b>Todas</b> Especial cuidado con agua, comidas, mosquitos y baños en zonas del sudeste	<b>Recomendadas en calendario</b> y Hepatitis A y B Fiebre tifoidea Antigripal Profilaxis malaria	Vacunar de encefalitis japonesa si se visitan áreas rurales endémicas durante más de un 1 mes
<b>Europa del Este y antigua URSS</b>	<b>Todas</b> Especial cuidado con agua, comidas y mosquitos en ciertas zonas con riesgo de malaria	<b>Recomendadas en calendario (necesario el recuerdo de difteria)</b> y Hepatitis A y B Fiebre tifoidea Antigripal Profilaxis malaria en ciertas zonas	Valorar vacuna de encefalitis centroeuropea

## ALGORITMO DE CONSULTA MÉDICA DE PREADOPCIÓN .



### Notas:

<sup>1</sup>Debe realizarse por profesional formado y sensibilizado.

<sup>2</sup>La familia que recibe la asignación de un menor, ya tiene el certificado de idoneidad y sabe el país de origen. La mayoría opta por realizar la consulta médica pre-adoptiva en ese momento. Se debe informar que podrán ser necesarias más visitas para realizar un correcto asesoramiento.

<sup>3</sup>Esta información debe ser dada por escrito.

<sup>4</sup>En ningún caso se podrá confirmar o descartar la existencia de patologías.

## 2.- POST-ADOPCIÓN.

### 2. 1. – LA EVALUACIÓN MÉDICA INICIAL.

#### 2. 1. a. - Cuándo realizarla.

Los niños procedentes de adopción internacional deben ser admitidos y atendidos en nuestro Sistema Nacional de Salud de manera similar al resto de la población general infantil, aunque hay que pueden tener necesidades específicas. Técnicamente son como recién nacidos, sólo que algo grandes.

Las familias que han adoptado en el extranjero suelen presentar un alto nivel de ansiedad y estrés debido al propio proceso y a las experiencias padecidas en los países de origen del menor. Una vez que el niño ya está en su nueva familia aparece una nueva preocupación, su salud.

- Se aconseja realizar la primera evaluación pediátrica de forma inmediata si existen signos o síntomas de enfermedad aguda y a los 15 días de llegar al domicilio en caso contrario:
- El motivo para no retrasarla más allá de las dos semanas tras el regreso es que un 10-15 % de estos niños presentan problemas de salud no sospechados antes de la adopción y que existe un riesgo-aunque muy bajo- de transmisión de enfermedades infecciosas.

#### 2. 1. b. El equipo de trabajo, familia-pediatra.

La colaboración que debe existir con el pediatra ha de ser completa. Eso significa crear un trabajo de equipo FAMILIA-PEDIATRA, con el mismo fin, el de conseguir la completa integración del niño a su nueva vida, en el menor tiempo posible. Como antes hemos hablado, existen unos factores de riesgo inherentes al menor de adopción. Lo que hay que hacer ahora es buscarlos, hallarlos y una vez etiquetados ponerles su remedio.

En este momento, se relata al pediatra todos los datos de su historia socio-sanitaria que dispongamos.

**Tabla 18. Historia socio-sanitaria que se debe describir al pediatra.**

<p><b>Lugar de procedencia:</b>                  País:.....                  Zona:.....                  Nombre del orfanato, Casa de niños o Casa cuna:.....                  Ambiente rural o urbano:.....                  Con que familiares convivía el niño antes de entrar en la institución:.....                  Hermanos: nombres, edades, tiempo que han convivido con el menor. � Estaban en la misma institución?:..... � Han sido adoptados también?:.....</p>
<p><b>Motivo de la cesión de patria potestad:</b>                  Abandono:.....                  Renuncia materna:.....                  Orfandad:.....                  Retirada la patria potestad por juez:.....</p>
<p>Fecha de la adopción. (desde cuando viven juntos padres e hijo).                  Fecha de la llegada al domicilio:.....                  Síntomas de enfermedad que ha presenciado:.....                  Alergias, reacciones o intolerancias conocidas:.....</p>

No olvidar relatar en las sucesivas consultas al pediatra relatar los trastornos psicológicos, del comportamiento o emocionales que aparezcan (**Ver tabla 19**):

**Tabla 19. Relación de trastornos de comportamiento y psicológicos de mayor relevancia en adopción.**

<b>Trastornos del comportamiento y de las emociones</b>	<p><b>-Trastornos hipercineticos</b>  <b>-Trastornos de la conducta:</b> negativismo, conductas encaminadas a llamar la atención, hostilidad, agresividad.                  -Trastornos emocionales: ansiedad, angustia, llanto, rechazo, falta de expresividad, falta de respuesta a estímulos, apatía, tristeza.  <b>-Trastornos del comportamiento social :</b> el trastorno de vinculación reactiva.  <b>-Trastornos emocionales :</b> enureis, encopresis, trastornos de la alimentación, pica, movimientos estereotipados.</p>
<b>Trastornos del sueño</b>	-Terrores nocturnos, pesadillas.
<b>Trastornos del desarrollo psicológico</b>	<p>-Trastornos del lenguaje                  -Trastornos en las habilidades escolares                  -Trastornos generales del desarrollo.</p>
<b>Agitación</b>	Situación usual que va cediendo en semanas.

En las diferentes comunidades autónomas existen Centros de Apoyo Post-adoptivo, donde le orientarán sobre estas conductas y las diferentes herramientas que deben emplear las familias. Asesorarse en cada Consejería de Familia, de Asuntos Sociales u Organismo Oficial autonómico de adopciones.

## 2. 2. Actuación de las familias que faciliten la integración

Todos los niños necesitan de una unidad de familia estable y segura con una jerarquía de valores, junto con experiencias sanas y contactos físicos y emocionales con su familia. En las familias adoptantes, es frecuente el desaliento en las primeras etapas por no obtener respuesta al cariño depositado en el menor o incluso encontrar rechazo. El motivo es la privación de afecto maternal que evita la creación de adecuadas experiencias afectivo-sensoriales en el niño e incluso provoca reacciones defensivas en el mismo.

La mayoría de estos niños no ha recibido estímulos afectivos y por ello no los reconocen: no saben querer porque nadie les ha querido antes.

El conseguir cariño de un niño adoptado es un proceso que requiere paciencia, no es un hecho inmediato. En muchos de estos niños ocurre que no asimilan una situación afectiva debido a que nunca antes la había recibido o porque su área cognoscitiva no la percibe con claridad. El cariño en el niño adoptado es un proceso que tiene que desarrollarse y no una presencia inmediata.

En niños adoptados de más edad se unirá una carencia de experiencias educativas. Es probable que hayan tenido que explorar su mundo de orfanato “solos”, aprendiendo un lenguaje distinto (jerga), viviendo con mala alimentación y falta de higiene. Que no haya existido control por nadie, y cuando aparece la disciplina, pudo ser ruda o inquietante. Así se va formando una “*jerarquía de valores institucionales*”, desarrollándose conductas de supervivencia con aptitudes casi darwinianas.

En estas situaciones, las familias tienen que aumentar su dosis de paciencia y de tolerancia sin delegar más de lo necesario en personal contratado o en otros miembros de la familia.

Un método de éxito seguro es la terapia del juego, que ayuda al desarrollo mediante actividades lúdicas realizadas en familia. Esto permite al niño crear una red de seguridad y conexión que le abrirá a una nueva vida social.

Por otro lado la familia no debe permitir ser manipulada por él para conseguir sus caprichos o necesidades, ni tampoco perder la paciencia y hacer uso de la agresividad siguiendo patrones de comportamiento de “cuidador de orfanato”

Es interesante observar la **tabla 20** en la que el neuropsicólogo Ronald Federici detalla unas pautas de comportamiento muy recomendables para niños post-institucionalizados a partir de los 3 años.

**Tabla 20. Consejos para el niño post-institucionalizado mayor de tres años:**

Los padres no deben fijarse ninguna meta con la recuperación	Mantener la tranquilidad y ser prácticos. Algunas recuperaciones pueden durar años.
No es bueno al principio demasiadas estimulaciones. Con el tiempo la familia puede exponerle a cosas nuevas, pero solo por sus padres y de manera gradual.	Una abundancia de juguetes puede ser perjudicial. El cuarto del niño debería ser sumamente básico. Recuerde que le enfrenta a experiencias que nunca ha tenido.
Las reuniones con mucha gente al inicio pueden abrumar al niño.	Recuerde que ha vivido con mucha austeridad.
El niño institucionalizado está acostumbrado a una rutina muy rígida. Debe guardar rutina en las comidas, al acostarse, en las actividades y en la atención a los padres.	En caso contrario, el niño se hará arbitrario y confuso debido a su inhabilidad para tratar todo lo que su nueva vida le ofrece.
Durante los 2-3 primeros meses los padres deben comunicar con el en su lengua materna, pero solo básicamente. Faciliten el cambio al nuevo idioma	El niño aprenderá rápido el segundo idioma, pero se sentirá más cómodo si los padres comunican ordenes básicas y directrices en su lengua materna.
Requieren una educación constante en la vía de la repetición de casi todas las situaciones, en el baño, en la comida, las relaciones humanas o con los animales domésticos.	El control siempre por la familia directa. No otros miembros ni empleados
Evite la aparición de los niños recién llegados a sitios de alta estimulación como grandes superficies comerciales o parques temáticos de diversión.	Las familias que han llevado a estos sitios a sus hijos antes de tiempo, por lo general lo lamentan después. Es difícil hacerse con ellos.
El enviar al niño inmediatamente a la escuela puede ocasionar algunos problemas. La introducción en la socialización debe ser gradual.	Como niño post-institucionalizado jugará y socializará de la misma manera que lo hacía en el orfanato, con juegos agresivos y de aislamiento.

### 3. - LA EVOLUCIÓN.

La adopción internacional ha demostrado su éxito en el progreso del bienestar, del 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 cuidado acogedor 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. En los casos con retrasos severos del desarrollo físico, psicomotor y/o neuromadurativo, su recuperación puede tardar dos o más años.

En cuanto a los problemas de salud mental, la mayoría de estos niños manifiestan trastornos afectivo-emocionales, del comportamiento y de adaptación social que desaparecen espontáneamente en las primeras semanas o meses de convivencia en el nuevo hogar. Un reciente estudio de meta-análisis para estimar los problemas de comportamiento y las derivaciones a servicios de salud mental de los niños adoptados internacionalmente, comparándolos con adoptados nacionales y controles no adoptados concluyó que la mayoría de los niños adoptados internacionalmente se adaptan bien, aunque son derivados a servicios de salud mental con mayor frecuencia que los controles no adoptados. Sin embargo, los adoptados internacionales presentan menos problemas de comportamiento y son derivados con menor frecuencia a servicios de salud mental que los adoptados nacionales.

De cualquier forma, hay que tener presente que un porcentaje de estos niños, alrededor del 5%, presenta serios problemas de salud difícilmente recuperables o irrecuperables —*en muchas ocasiones no detectados, reconocidos o sospechados antes de la adopción*—, entre los que destacan trastornos neurológicos y sensoriales —*visión y/o audición*—, anomalías congénitas prenatales, endocrinopatías, hemoglobinopatías, infecciones por los virus de la hepatitis B o C, síndrome alcohólico fetal, trastornos globales y severos del desarrollo neuromadurativo. La existencia no conocida de estos problemas puede provocar en algunos casos situaciones de inadaptación.

Las investigaciones han demostrado que, por lo general, el proceso de crear familias mediante la adopción internacional es un éxito, viviéndolo todas las partes implicadas con satisfacción tras un periodo 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 10% de las familias adoptivas no están adaptadas a la nueva situación y que 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 países con más experiencia en adopción internacional que el nuestro, se relata que

un porcentaje importante de menores, al llegar a la adolescencia, son ingresados en instituciones residenciales a causa de sus especiales problemas y de la incapacidad de las familias para controlarlos. Este aspecto es muy preocupante y debe ser motivo de seguimiento y estudio en los niños adoptados en nuestro país. Si para la familia la ruptura de la adopción es un fracaso enormemente doloroso que supone la frustración de muchas esperanzas y deseos, para el menor que ha perdido todos sus referentes y, de una manera u otra, es de nuevo rechazado, es una experiencia que marcará de forma muy negativa todo su desarrollo.

**APÉNDICE:****TRASTORNOS FRECUENTES EN ADOPCIÓN.****1. TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS.-**

La existencia de problemas de comportamiento e hiperactividad en niños menores de 3 años post-institucionalizados, y dentro del primer año tras su adopción, no implica la existencia de un trastorno psicopatológico que pueda ser diagnosticado clínicamente como un Trastorno de Conducta y/o un Trastorno de Hiperactividad con/sin déficit de atención. De cualquier forma, es probable que si en algunos casos estos problemas persisten con el tiempo, se pueda llegar a emitir dicho diagnóstico.

En algunas series de niños con trastornos hipercinéticos, se ha observado que un 15 % de estos niños son adoptados. Cada vez es mas evidente de que el origen de dicho trastorno sea motivado por alteración en el neurodesarrollo. Diversos estudios apuntan como causas que motivan este daño a situaciones de drogodependencias maternas, bajo nivel educacional de los padres , herencia genética., el abandono, el maltrato, retrasos en el desarrollo psicomotor e incidencia de radiación intrauterina.

**2. Trastorno de la Vinculación Reactiva.**

Para explicar esta alteración, es necesario explicar algunos conceptos del desarrollo psíquico infantil. ¿Que es la vinculación?

Es un lazo afectivo fuerte y duradero que establece el niño con la figura de apego (normalmente, la madre). El afecto es la piedra angular del desarrollo humano, esencial para el funcionamiento estable de un niño. Sin embargo no todos logran desarrollar una vinculación con la madre satisfactoriamente. La consecuencia puede ser desde un retraso menor del desarrollo a un desorden de vinculación claramente diagnosticable.

El vínculo ha sido identificado como vital en situaciones de mantenimiento de responsabilidades, desarrollo del potencial intelectual, adquisición de la conciencia, desarrollo de interrelaciones entre individuos, identidad y amor propio, regulador de sentimientos y en el desarrollo de la lengua.

La vinculación normal en las diferentes edades:

De 2 a 6 meses de edad. Aparecen signos de vinculación con la madre: la sonrisa o las primeras atenciones a la madre que van ampliándose de unos segundos a unos minutos. Durante este período, surge interés por su madre, creando ruidos de felicidad en su presencia. Al sexto mes, un niño muestra una gama de emociones y es sensible a la presencia materna.

A los 6 o 7 meses de edad, el niño comienza a experimentar la ansiedad del extraño. Paradójicamente, esta ansiedad pone en evidencia la fuerza de la vinculación con su madre. Este vinculo materno supone ver a todas las demás personas como extrañas.

La conducta normal es de desagrado ante la presencia de desconocidos y una constante comprobación de la cercanía de la madre.

El periodo entre los 10 a 18 meses comprende la tarea fundamental del desarrollo y de la exploración del entorno. La vinculación materna ayuda a explorar el mundo. A esta edad comienza a descubrir emociones con el padre y en otros miembros de familia. Esto indica que la base de la vinculación ha sido correctamente realizada. El niño de manera natural comienza a multiplicar esas vinculaciones. A pesar de estos descubrimientos emocionales, el niño siempre girará a la madre cuando se hace daño, esta cansado o enfermo, una indicación de que el vinculo materno predomina.

Los componentes básicos finales de la vinculación ocurren entre los 24 y 36 meses. Sin embargo no todos los niños logran estos pasos de forma satisfactoria. En estos casos pueden aparecer desde pequeños retrasos del desarrollo a un desorden de vinculación diagnosticable.

Esas carencias pueden ser subsanadas posteriormente en gran número de niños.

### Trastornos del vínculo.-

Es la reacción ante acontecimientos desafortunados sucedidos en edades muy tempranas que pueden incluir la negligencia o el abuso, que lleva al niño a una incapacidad para la vinculación y como consecuencia para el normal desarrollo de las relaciones sociales.

Esta explicación podrá ser simple pero es muy clara: en los dos primeros años de vida, los niños tienen ciclos de vinculación sanos. Un primer ciclo sano puede ser este:

El niño tiene una necesidad que se expresa llorando. La madre calma al niño y le proporciona esa necesidad. Esta situación se repite una y otra vez, creándose una situación de confianza hacia la madre, porque sus necesidades son satisfechas de manera coherente. Entonces su desarrollo será normal.

En un ciclo desequilibrado vemos que el bebé llora, pero la necesidad no puede ser satisfecha por la madre, o la necesidad es proporcionada por diferente cuidador que no armoniza con el bebé e incluso en ocasiones esta necesidad es respondida con un golpe (maltrato físico).

**Cuadro 3. Esquema de la alteración en la vinculación del niño institucionalizado**



En cualquier caso las necesidades del bebé no son satisfechas, por negligencia o por maltrato.

El bebé, en vez de experimentar confianza y crear ciclos de vinculación sanos aprende que el mundo es un lugar inseguro, que debe tener cuidado de él y que no puede confiar en nadie para buscar sus necesidades. Aprende que no puede depender de adultos. En vez de desarrollar seguridad, desarrolla rabia, desorden y miedo.

Si el niño realiza ciclos de vinculación normales será capaz de aprender a aceptar límites sobre su comportamiento. El niño aprende a confiar, a conocer la reciprocidad, a regular sus emociones, a desarrollar la conciencia, la estima, el cariño y los inicios del pensamiento lógico.

## PSICOPATOLOGÍA DEL VÍNCULO

Sucede cuando el niño no tiene oportunidad para establecer ninguna vinculación a otras personas a causa de abusos o larga institucionalización.

Signos generales ( Landy – 2002).

- Conductas impredecibles.
- Conductas de intimidación o ser víctima de esa conducta.
- Pocas habilidades sociales.
- Conductas agresivas hacia otros niños.
- Baja tolerancia a la frustración y bajo autocontrol.
- Muy desorganizado y desorientado para resolver problemas.
- Peleas tanto cuando está con los padres como sin ellos.
- Conductas contradictorias.
- Miedos, ansiedad generalizada y tristeza.
- Signos de disociación o mirada fija sin prestar atención a lo que sucede.
- Escasas capacidad y rapidez de respuesta a los cambios de las situaciones.
- Falta de habilidades para la solución de problemas y en habilidades para pedir ayuda; se siente molesto con facilidad en estas situaciones.
- Falta de empatía hacia los demás y tendencias sociopáticas.
- Dificultad para hacer amigos o confiar en los demás.
- Rabietas frecuentes y dificultad en la regulación de las emociones.
- Escaso placer en las emociones o manifestación de malestar como reacción a los acontecimientos que suceden.
- Muy demandante .
- Problemas en la alimentación.
- Contacto ocular pobre, no mira a los ojos.

Los niños con desorden de vínculo reactivo ven el mundo de manera diferente que los demás. Aprendieron en aquellos primeros meses o años que ellos no podían confiar en los adultos. En algunos casos se dieron cuenta que los adultos se despreocupaban de ellos, les rechazaban, eran violentos, no fiables, insensibles, o ausentes. A su nueva familia la entenderán con la misma desconfianza que sienten por todos los adultos. No entienden el amor que sus padres les proporcionan, recuerden que tienen que aprender el cariño.

## TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA VINCULACIÓN

El tratamiento se centrará en la intervención sobre LA RELACIÓN PADRES-NIÑO y en EL NIÑO.

### 3. ALTERACIONES EN EL LENGUAJE:

En la psicología infantil existe el concepto de períodos sensibles de desarrollo, esto significa que hay un tiempo de crecimiento óptimo y crucial para la formación neuronal de las diferentes funciones psicológicas. El desarrollo durante estos períodos sensibles sienta las bases para todo lo que vendrá después. Un deficiente desarrollo de este periodo puede suponer carencias en la evolución de cada capacidad particular, pero también en muchas otras capacidades relacionadas con el lenguaje.

Avances en la neuropsicología contemporánea han llegado a la conclusión científica bien establecida de que los períodos sensibles en el desarrollo de lengua son los dos primeros años de la vida de un niño.

Entonces surgen estas preguntas:

¿Las normas son universales para el desarrollo de la lengua y son aplicables a todos los niños en todos los países?, ¿influye el nivel socio-económico?, ¿y el género?.

Es un hecho conocido que los niños no alcanzan el mismo nivel en su desarrollo lingüístico exactamente al mismo tiempo. Su nivel de desarrollo puede variar en varios meses o hasta 1 año y no hay ninguna evidencia, por ejemplo de que “los habladores tardíos” sean mas fluidos que “los habladores precoces”. Sin embargo, aún con cierta flexibilidad, la adquisición de la lengua se aplica en todas las culturas entre los 3 a 5 años.

Esta norma general que existe en occidente es aplicable en general a todos los niños adoptados de Rusia o China. Por ejemplo, en cuanto a la lengua expresiva, un niño habla unas palabras en su primer cumpleaños, seis meses más tarde su aumento de vocabulario puede ser de diez veces, a los dos años rutinariamente ensarta palabras en oraciones simples, y con 3 años, puede tener un repertorio de unas mil palabras, produciendo la llamada verbalización funcional, que es comprendida ya fuera de la familia.

Si por el contrario, un niño de tres años produce sólo tres docenas de palabras que sólo su madre puede entender, y para conseguir sus deseos, la madre tiene que utilizar gruñidos y gestos, consideramos que este niño tiene “problemas de lenguaje”.

#### RETRASO DEL DESARROLLO DE LENGUA.

En los informes médicos rusos de niños de orfanato es diagnóstico muy común por encima de los tres años. Parece un rasgo estándar en estos informes, ya que en la mayoría de casos sólo aparece una declaración general sobre retraso de desarrollo de lenguaje sin mas datos. Pero el hecho de que sea un diagnóstico común no significa que se otorgue de manera automática y de poca importancia.

Los problemas de lengua, son el déficit más común en niños de orfanato procedentes de países del Este.

**LA SEGUNDA ADQUISICIÓN DEL IDIOMA COMO UN PROBLEMA ESPECÍFICO DE ADOPCIÓN INTERNACIONAL.**

Todos los niños tienen que comenzar conociendo el idioma, porque el proceso entero de adaptación a su nueva vida está mediado por el lenguaje. Por lo tanto, la adquisición del idioma es la habilidad más crucial que debe aprender en su primer año en familia. Todos los niños, más pronto o más tarde, aprenderán a comunicarse en el nuevo idioma realizándolo de manera natural.

Los factores de personalidad y el grado de desarrollo de lenguaje materno anterior pueden influir en la consecución del nuevo idioma.

Por otra parte, el grado de adquisición del mismo no es un indicador directo de capacidades generales cognitivas. Este es un proceso muy complejo donde las capacidades intelectuales son sólo uno de muchos factores y en ningún caso es una reflexión directa de inteligencia. Prácticamente todos los niños adoptados aprenderán a hablar el nuevo idioma sin un acento anterior. Hay evidencia científica sólida de que mantener o perder el acento están relacionados con la etapa del desarrollo de la adquisición de la lengua, donde la pubertad es la línea divisoria. Los que aprendieron una lengua antes de la pubertad tienden a perder su acento, mientras que si es después de la pubertad se tiende a mantener el acento.

En las Comunidades donde se hablan varios idiomas, estos niños pueden tener un periodo de adaptación mayor al nuevo lenguaje sin que signifique exista alteración.

**Tabla 21. Modelos de lengua del adoptado e inmigrante, diferencias:**

<p><u>Familias inmigrantes</u> La segunda adquisición de lengua.</p> <p>- <b>Modelo aditivo:</b> la segunda lengua es agregada a las habilidades del niño sin peligrar su lengua materna, que sigue siendo empleada en familia.</p>	<p><u>Familias adoptivas</u> La segunda adquisición de lengua.</p> <p>- <b>Modelo privativo:</b> se disminuye el empleo de la lengua materna y es substituido por una segunda lengua nueva.</p> <p>-En un niño adoptado (dentro del primer año en su nuevo hogar) la lengua materna se extingue rápidamente y asume la nueva lengua.</p>
---	--

En niños de familias inmigrantes

que han desarrollado bien las habilidades de lengua materna, por lo general adquieren la segunda lengua más rápida y fácilmente. La noción entera de la educación bilingüe está basada en esta observación.

Por tanto, es evidente que a la mayoría de niños post-institucionalizados con debilidades en su lengua materna les será difícil el estudio de su nuevo idioma.

La diferencia más obvia entre la adquisición de la nueva lengua en niños inmigrantes y los adoptados por encima de los 4 años está en su modelo respectivo de creación de lengua.

**. ESTRATEGIAS Y RECURSOS CON LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LENGUA.-**

**Tabla 22. Factores relacionados con el mantenimiento de la lengua materna.**

<b>Factores positivos que predisponen a mantener el idioma materno:</b>	<b>Factores negativos que no predisponen:</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adopción de edad mayor</li> <li>2. Actitud positiva hacia la lengua materna</li> <li>3. Madurez psicológica, buena salud, buena autoestima.</li> <li>4. Edad de desarrollo de la lengua apropiada</li> <li>5. Presencia de otra persona que hable al niño en la familia.</li> <li>6. Aceptación del estado bilingüe en su medio infantil.</li> <li>7. Posibilidad de mantenimiento del idioma y su desarrollo.</li> <li>8. Capacidades personales de lengua buenas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adopción de edad más joven.</li> <li>2. Actitud negativa o agresiva hacia la lengua materna</li> <li>3. Retrasos del desarrollo.</li> <li>4. Inmadurez psicológica e inestabilidad, problemas de conducta.</li> <li>5. El nuevo idioma tarda en desarrollarse.</li> <li>6. Actitud negativa hacia el estado bilingüe en su entorno infantil</li> <li>7. Retrasos adquiridos en la lengua materna.</li> </ol>

Deben ser considerados en el contexto del colegio y de la familia. La actitud más frecuente en los pediatras y profesores es la de “espera” ya que a menudo es difícil diferenciar un desorden de lengua genuino de un retraso temporal de habilidades de lengua en general, y de una segunda adquisición de lengua en particular.

El problema con niños adoptados consiste en que la base neurológica de su desarrollo puede estar más débil que en el resto de la población infantil. Sus

posibilidades para la recuperación espontánea parecen ser menores. Por lo tanto, la ayuda oportuna es más crucial para ellos. Cada caso será individual, pero estadísticamente, sus posibilidades para la mejora significativa del funcionamiento total de un niño son más altas si se comienza precozmente con la metodología y terapia adecuada como los psicólogos expertos en educación.

**ESCOLARIZACIÓN DEL NIÑO ADOPTADO:**

En su escolarización, se debe tener en cuenta el factor de adquisición del idioma. La colocación académica en el nivel adecuado debería ser una decisión individualizada basada en la consideración de muchos factores.

La escolarización según "el nivel edad" como por lo general se practica, no sirve con algunos niños adoptados. Así una “promoción" con el nivel de escolarización apropiado a su edad puede conducir a la frustración del niño y de su familia. La presión académica sobre un fondo de aculturación general, la adquisición del idioma y la posible existencia de problemas psicológicos y del comportamiento puede ser un “cóctel molotov” lanzado a la familia.

Una valoración que lo sitúe en un curso demasiado alto, es por lo general un error más serio que la infravaloración, que lo sitúe en un curso demasiado bajo. Nunca es tarde para hacer cambios, reconsiderar, e intentar otra opción si se clasificó erróneamente el nivel del curso escolar.

#### 4. PROBLEMAS DEL SUEÑO Y ALIMENTACIÓN EN LA LLEGADA AL NUEVO HOGAR.

Los problemas en el sueño y alimentación son comunes en los niños adoptados recién llegados y pueden proseguir durante algún tiempo creando tensiones en las familias.

##### **Alteraciones en el sueño.**

El modelo de sueño inicial es variable y no predice otros resultados posteriores. Las prácticas de sueño anteriores son desconocidas, y es obvio que los cambios del ambiente afectan al sueño. La vida en un mundo que ha cambiado agota, y los efectos de un largo viaje pueden afectar a los ciclos de sueño.

Tras la inserción en la familia, el sueño puede ser tan profundo o tan agitado como lo haya sido el cambio de su rutina. Algunos niños se instalan rápidamente en una rutina de cómodo sueño. Pero otros muchos experimentan dificultades significativas alrededor de la hora de acostarse. Los padres por lo general, se inquietan buscando dolor o enfermedad. Les asalta la duda sobre si son pesadillas de su pasado, o son inseguridades asociadas con su nuevo hogar y familia. A menudo, solo es una combinación de todo lo anterior.

Cuando hay pesadillas, los más mayores revelan las experiencias que les asustaron cuando desarrollan su nuevo idioma. Los más pequeños pueden no ser capaces de describir los traumas pasados, pero siempre van a tener el consuelo de sus padres. En ocasiones, los problemas de sueño pueden estar más relacionados con cierta inseguridad en las nuevas vinculaciones que está desarrollando, El niño probablemente nunca experimentó una presencia confiada de amor como lo hace un recién nacido y él aún no ha interiorizado la noción de que siempre que se los necesite, sus padres estarán allí.

Hay que impulsar y fundir sentimientos agradables de afecto con un buen sueño, tienen que aprender que sus padres siempre estarán con él. Un grito infantil nocturno simplemente refuerza sus inseguridades, en consecuencia puede buscar un reaseguro constante para que sus padres estén cercanos.

Es difícil equilibrar la necesidad de un niño de sentirse seguro, que sienta un cariño permanente, con el objetivo de lograr una hora adecuada de acostarse con una noche de sueño. Las dos necesidades del niño son de necesidad y de manipulación. En este sentido, es aconsejable que los padres estén cerca del niño cuando cae dormido, en su entorno o en su propia cama.

Tras pocos meses el niño estará más tranquilo sabiendo que los padres están cerca y no lo han abandonado. La mejor regla a seguir es, por lo general, estar disponibles para calmar un sueño inquieto del niño, pero solo hasta el grado en que los padres lo puedan tolerar.

##### **Problemas con la Alimentación**

Si antes de la adopción, los niños no experimentaron la sensación de saciedad o de encontrar suficiente comida, pueden haber desarrollado comportamientos de búsqueda y acopio de alimentos. A menudo, han pasado por prácticas de alimentación desagradables, y ahora se suma la adaptación a una nueva comida, de diferentes olores y texturas a la conocida.

En un orfanato, todos los niños, menores y mayores suelen comer sopas o papillas, con utensilios nada cómodos y probablemente desagradables. Esto hace que la masticación y la deglución-y en ocasiones los huesos maxilares- no se desarrollen como debieran.

La comida, en el pasado, puede no haber sido una experiencia social desarrolladora sino de supervivencia. La mayoría aprenden rápidamente a coger tanto como pueden en todo momento llegando a ingerir enormes cantidades durante los primeros meses de su llegada.

Los niños mayorcitos también pueden haber aprendido a acumular alimentos. Por lo tanto, se debe permitir el acceso ilimitado a la comida para que conozcan el sentimiento de saciedad y aprendan a pararse cuando se sientan llenos.

Por otro lado, tienen que aprender a confiar en sus padres para asegurarse esta básica necesidad. No es el momento de preocuparse de su grasa corporal, ya aprenderá a regularse más tarde.

Los niños a los que se permite comer libremente, por lo general reducen la cantidad al consumo más apropiado para su edad en varios meses. El comportamiento del niño que pide el mismo tipo de alimento durante tres o cuatro días es normal y no debería alarmar a padres. La permisión libre al alimento puede ayudar a los acaparadores a sentirse a salvo y en consecuencia a dejar de acumular. Los niños que persisten en los acaparamientos pueden necesitar consejo profesional para vencer traumas pasados.

La disfunción oral es el resultado de prácticas de alimentación no fisiológicas. Puede ocurrir porque el niño no ha aprendido cómo masticar y tragar correctamente. Los casos habituales son de escupir alimentos o esconder el alimento en la mejilla o en el paladar de su boca. Tras unas semanas, el niño debería comer correctamente.

El tiempo, la paciencia, y un aumento gradual de texturas de alimentos ayudará a resolver estos problemas .

## **5. LA PIEL EN EL NIÑO ADOPTADO.**

La sarna, tiña, pediculosis, eczema o impétigo son patologías de fácil resolución que podrían aparecer en niños adoptados. Consulte a su pediatra si observa picores, manchas, lesiones secas o húmedas con secreción o sin ella, dolorosas o no.

## **6. SÍNDROME ALCOHOLICO FETAL.-**

El Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) es considerado como la malformación congénita más habitual en los países industrializados y una de las causas más frecuentes de retraso mental. En el mundo se estima una incidencia media de 1,9 casos por cada mil recién nacidos vivos, aunque esta incidencia varía de forma considerable según países y regiones. Por ejemplo, en Rusia y otros países del este de Europa el consumo abusivo de alcohol es un problema socio-sanitario de primera magnitud, reconocido por las propias autoridades rusas, que pusieron en el pasado algunos programas en practica para su disminución, con bajos resultados. Esto supone que los niños adoptables de estos países tengan un riesgo incrementado de sufrir una exposición prenatal al alcohol y, por tanto, de presentar trastornos de salud física y desórdenes del desarrollo neurológico relacionados con el alcohol. El SAF es ahora reconocido como la causa conocida principal de retraso mental en

el mundo Occidental. Es difícil saber la incidencia del SAF en la población de adopción, las cifras que se barajan son estimaciones, pero en cualquier caso son altas.

- Primero, porque el diagnóstico solo es seguro en los casos mas avanzados sin poderse confirmar en el resto hasta pasados varios años.
- Segundo, porque no hay correlación del 100 % entre el alcoholismo paternal y SAF en niños (es decir: no todos los niños de madres con alcoholismo tienen SAF).

**ALCOHOL Y DESARROLLO FETAL.-**

Entre la segunda y octava semana de gestación, el cerebro y otros órganos del feto comienzan a desarrollarse. Durante este período crítico del desarrollo, el organismo fetal es más vulnerable a los efectos del alcohol. Cuando una mujer embarazada ingiere alcohol, éste atraviesa la placenta rápidamente y llega al feto. Dado que el organismo del feto aún es inmaduro, tarda mucho más tiempo en metabolizarlo. Por tanto, el nivel de alcohol en la sangre del feto es más elevado que el de la madre y puede permanecer así elevado durante más tiempo. Es posible que en la exposición ocurrida en el primer trimestre de embarazo, el recién nacido tenga anomalías más estructurales y amplias ya que es el período crítico del desarrollo de los órganos del embrión. En el segundo y tercer trimestre el alcohol, quizás causará alteraciones más conductuales y psicológicas, sin las anomalías estructurales evidentes del SAF.

Aún no ha sido identificada la dosis inofensiva más baja de alcohol que pueda ser ingerida. La evidencia sugiere que las concentraciones altas de alcohol, como las asociadas con la “borracheira”, pueden tener consecuencias devastadoras, pero también dosis mas bajas y repetitivas pueden influir negativamente en el desarrollo neuronal del feto. Obviamente, se debe abstener completamente de ingerir alcohol durante el embarazo.

<b>Tabla 23. Signos del síndrome de Alcohol Fetal</b>
<b>Retraso de crecimiento prenatal y/o postnatal.</b> (Peso, longitud y circunferencia craneal)
<b>Afectación del sistema nervioso central.</b> (Signos de anomalía neurológica, retrasos del desarrollo, daño intelectual )
<b>Rasgos craneofaciales específicos.</b> (Microcefalia, cortedad poco natural de la hendidura palpebral de ambos ojos, puente nasal bajo, cortedad anormal de mandíbula inferior, labio delgado y fino superior, surco nasolabial -sobre el labio superior-, plano y largo)

**Diagnóstico.-**

Formular el diagnóstico de Síndrome Alcohólico Fetal no es fácil, ya que no existen pruebas complementarias y de laboratorio que lo puedan confirmar. El diagnóstico se basa en la existencia del antecedente materno de exposición durante la gestación y/o la presencia de características clínicas en el niño (**Tabla 23**).

No existe un tratamiento curativo o específico del Síndrome Alcohólico Fetal. Las alteraciones que produce son permanentes e irreversibles. Los niños con este síndrome deben recibir una intervención precoz con cuidados familiares, socio-sanitarios y educativos especiales.

**RECOMENDACIONES:**

En los niños asignados para adopción internacional, especialmente los procedentes de Rusia y países del este de Europa, en los que por la información socio/sanitaria recopilada y los datos del informe médico preadoptivo se sospeche el padecimiento de este síndrome, es recomendable realizar una evaluación a través de la imagen, de su aspecto craneofacial y de su desarrollo físico, neurossensorial, neuromadurativo y psicosocial. (Ver tabla 24)

**Tabla 24. Datos de sospecha de S. Alcohol Fetal**

- A) Edad de la madre biológica ( cuanto más joven, menos sospecha).
- B) Los informes sociales de la madre biológica.
- C) Test de Apgar bajo (por debajo de 7) a los 5 ó 10 m.
- D) Rasgos específicos de la cara.
- E) Estrabismo
- F) Bajo peso de nacimiento.
- G) Microcefalia (cabeza pequeña poco natural.)
- H) Retraso en el crecimiento.

## 7. TEST de APGAR:-

Cuando nace un niño, el personal que atiende el parto observa cómo se encuentra mediante el test de Apgar, una prueba que determina la vitalidad del bebé.

Para que haya unos criterios uniformes de valoración, se miden 5 variables a las que se da una puntuación de 0, 1 o 2. La suma de cada variable es el resultado. El test se realiza cuando el bebé tiene 1 minuto de vida y se repite 5 y, a veces, 10 minutos después.

Datos a valorar:

**El color del cuerpo** del niño, que indica el grado de oxigenación de su sangre.

**La frecuencia cardíaca**, que, si es baja, refleja la existencia de dificultades en la circulación del bebé, durante los últimos minutos del parto.

**La respiración**, que nos indica si sus pulmones se están expandiendo bien.

**El tono muscular**, que obedece tanto a una buena oxigenación de la sangre como a un buen funcionamiento cerebral. El tono muscular es el grado de contracción o relajación de un músculo en reposo. Así, si un músculo tiene el tono aumentado, estará tenso, contraído. Si tiene tono disminuido, estará relajado.

**La respuesta a estímulos.** Un bebé con puntuación = 0 no llora ni se mueve cuando se le toca, ni siquiera

cuando se le pellizca con fuerza. Un bebé normal, con puntuación = 2 llora con energía cuando se le molesta, mueve la pierna al tocarle el pie, estornuda si se le introduce algo por la nariz...

Cada variable puede puntuar 0, 1 ó 2 según estos cinco criterios:

Cuadro 5: Test de Apgar

	0	1	2
<b>Color</b>	Azulado pálido	Cuerpo rosado, extremidades azuladas	Completamente rosado
<b>Frecuencia cardíaca</b>	Ausente	Lenta (<100 latidos por minuto)	>100 latidos por minuto
<b>Respiración</b>	Ausente	Lenta, irregular	Normal, buen llanto
<b>Tono muscular</b>	Flacidez en todo el cuerpo	Flexión de las extremidades	Movimientos activos
<b>Respuesta a estímulos</b>	Ausente. No reacciona	Sólo hace muecas	Llora con energía

La mayoría de los niños, tras un parto normal, recibe una puntuación de 9/10/10. Esto quiere decir que el bebé ha nacido sin problemas, que ha iniciado la respiración de forma espontánea y que cuando ya tiene un minuto de vida:

- Está rosado casi por completo, con los pies y las manos algo amoratados (1)
- Su corazón late a más de 100 latidos por minuto (2)
- Respira sin dificultad (2)
- Se mueve (2)
- Llora con energía cuando se le molesta (2)

Así;  $1+2+2+2+2 = 9$

Al cabo de 5 minutos, la sangre oxigenada ha alcanzado las zonas más alejadas del corazón, las manos y los pies, y el color ya es por completo rosado. De modo que la puntuación sube a 10.

Una puntuación en el test de Apgar de 6/9/10, puede deberse a un parto dificultoso. Muchos niños, después de un parto muy largo que haya requerido alguna maniobra para ayudarles a salir, obtienen una puntuación más baja en el primer minuto. Si ésta se recupera a los 5 ó 10 minutos, es que todo va bien. La puntuación es un indicador de la recuperación "fisiológica" del bebé

Si la puntuación inicial es menor de 6 o no se recupera (por ejemplo 2/6/8), ésta indica que el bebé debe ser observado. Con gran probabilidad su cerebro ha recibido poco oxígeno durante un tiempo indefinido o bien puede tener alguna complicación añadida.

Un test de Apgar muy bajo en el primer minuto de vida obliga al personal que atiende el parto a realizar maniobras de reanimación como dar oxígeno a presión, aspirar las mucosidades de la nariz y la tráquea, en caso extremo intubar y proporcionar respiración artificial.

#### 4. ADOPCIÓN NACIONAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Como ya se ha comentado, toda adopción ya sea nacional o internacional, es un ejercicio serio de responsabilidad. Además del “proceso burocrático” y del “tiempo de espera”, que la mayoría de las veces se hace demasiado largo para los padres adoptantes, existen ciertas características alrededor de la existencia del menor que va a ser adoptado, estando éstas presentes incluso antes de que nazca. Estas características, denominadas a lo largo de esta guía factores de riesgo sociosanitario, afortunadamente son menos graves y numerosos que los comentados para adopción internacional, pero deben ser conocidos por los futuros padres, y así se les muestran en las entrevistas previas al proceso de adopción.

El motivo de la renuncia escrita de los padres (la mayoría de las veces, de la madre sola) del recién nacido, o del simple abandono de éste, está claramente influido por los problemas sociales que existen actualmente en nuestra sociedad, como son la inmigración irregular, la marginalidad que produce la toxicomanía de los padres o la enfermedad mental no controlada, etc.

Esta problemática social provoca que, los riesgos para el menor comienzan con un estado de salud precario de la mujer que se va a quedar embarazada, el cual no va a producir un óptimo desarrollo del embarazo, esta madre además puede estar consumiendo sustancias nocivas para el feto, y puede no llevar un control sanitario programado del embarazo para prevenir o corregir anomalías, teniendo finalmente unas frecuencias de prematuridad, bajo peso y complicaciones neonatales mayores. También en muchas ocasiones, no hay oportunidad de entrevistarse con la madre, para recoger información en relación a antecedentes familiares sanitarios, que puedan influir en un futuro en la salud del menor.

Aunque todo lo anterior puede provocar cierta alarma, afortunadamente tenemos un buen nivel sanitario que permite, mediante evaluación clínica y métodos diagnósticos, descartar gran parte de las patologías infecciosas (sida, hepatitis, etc.), malformativas, etc., que nos tranquiliza en relación al estado de salud del menor a adoptar. De todas formas, en algunos casos la presencia de ciertas patologías en los menores (no siempre leves), no son impedimento para que sean adoptados por determinadas familias.

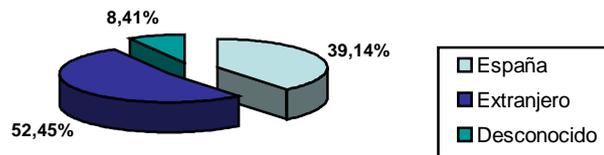
A continuación vamos a comentar las características de las adopciones realizadas en la Comunidad de Madrid en los años 2003 y 2004, de una manera clara y descriptiva en relación a lo comentado anteriormente:

**CARACTERÍSTICAS DE LA ADOPCIÓN NACIONAL** . (Comunidad Madrid 2003-2004. Fuente: Servicio de adopciones del IMMF)

- Hubo un total de 143 adopciones en los años 2003 y 2004, siendo el número similar en cada año y la proporción niño/niña equivalente.
- En relación al país de origen de la madre (**Tabla 25**) -los datos del padre en prácticamente todos los casos no pudieron recogerse-, aproximadamente el 50% procedían de los países del Este de Europa (unas ¾

partes de ellas de origen rumano), un 33% de Sudamérica (fundamentalmente de Ecuador), y un 13% de África (la mitad de Marruecos).

**Tabla 25. PAÍS DE ORIGEN DE LA MADRE**



EUROPA DEL ESTE	SUDAMÉRICA	ÁFRICA	ASIA
<b>37 (49,3%)</b>	<b>25 (33,3%)</b>	<b>10 (13,3%)</b>	<b>3 (4%)</b>
Rumanía 29 (78%)	Ecuador 15 (60%)	Marruecos 5 (50%)	China 2
Bulgaria 3	Perú 4	Guinea 3	Japón 1
Ucrania 1	Rep. Dom. 2	Nigeria 2	
Rusia 1	Bolivia 1		
Polonia 1	Venezuela 1		
Desconocidos 2	Paraguay 1		
	Colombia 1		

- No se pudo obtener ningún tipo de información, en relación a antecedentes sanitarios, control de embarazo, etc., salvo la edad o nacionalidad (y no siempre), en el 52,4 % de las madres. Este dato fue mucho más frecuente en las madres de origen extranjero, probablemente debido a su situación irregular en nuestro país.
- Hubo drogadicción durante el embarazo reconocida en el 11,8 % de las madres, dato probablemente infravalorado, aunque no del todo irreal, ya que el número de síndromes de abstinencia aparecidos en los recién nacidos, fue incluso menor. La toxicomanía fue mucho mayor en las madres españolas (el 82% de todas las que lo reconocieron).
- Ingesta de alcohol durante el embarazo fue reconocida sólo por 3 madres, probablemente las cifras sean mucho mayores, aunque no hubo ningún diagnóstico de síndrome de alcohol fetal.
- Sólo un 25% de las madres aportaron un registro de control del embarazo, el no control de éste también fue más frecuente en las madres de origen extranjero, también debido a que su irregular situación dificulta el acceso a los recursos sanitarios.

- Un 20% de los menores fueron prematuros (la media nacional es alrededor de un 7%), motivado fundamentalmente por el no control sanitario de la madre y del embarazo, algunos de estos incluso nacieron antes de las 28 semanas de gestación (considerados grandes prematuros).
- En relación a la edad en la que el menor está con la nueva familia (ver **tabla 26**), el 50% lo hace en los primeros 15 días de vida, siendo un 35% los que lo hacen después del mes de vida, debido a abandonos en edades posteriores al nacimiento, y fundamentalmente por problemas de salud que requieren hospitalización durante este tiempo.

**Tabla 26. EDAD DE ADOPCIÓN DEL MENOR**

1 - 7	días	16	11,2%		
8 - 15	días	56	39,1%		
16 - 30	días	21	14,6%		
1 - 6	meses	41	28,6%	}	Abandono a esta edad y problemas de salud
6 - 18	meses	9	6,2%		

Como ya hemos comentado, el antecedente o la presencia de algún problema de salud no es impedimento para la adopción de los menores (ver **tabla 27**). En algunos casos, la complejidad de la patología hace a la adopción especial (ver **tabla 28**). Se hace así evidente que las familias optan por realizar adopción de niños con problemas de salud cuando se les presentan unos informes médicos precisos y rigurosos, y se encuentren siempre asistidos. Aunque bien es verdad que existen, a fecha de Septiembre de 2005, niños con problemas de salud en espera de que llegue una familia adoptiva.

**Tabla 27. ADOPCIÓN DE MENORES CON PATOLOGÍA**

- 2 Casos de prematuros con alteraciones cardiovasculares y pulmonares
- 3 Prematuros con alteraciones pulmonares.
- 1 Prematuro con alteraciones del canal digestivo.
- 2 Prematuros con alteraciones renales.
- 10 Prematuros de peso adecuado.
- 9 a término con bajo peso.
- 1 Cardiopatía congénita compleja corregida.
- 1 Cardiopatía congénita moderada.
- 1 Caso a término con alteraciones vasculo-cerebrales.
- 11 Casos con alteraciones en el sistema renal.
- Menor con alteraciones. en el canal excretor de la orina.
- Menor con serología hepatitis C en espera de confirmación.
- Menor con serología hepatitis C positiva no confirmada posteriormente
- Menor con serología hepatitis B positiva no confirmada posteriormente.
- 3 Menores con posible intolerancia a proteínas de leche de vaca.
- Menor con hundimiento del hueso parietal congénito sin repercusión neurológica.
- 1 Caso con traumatismo craneal con fracturas óseas múltiples y hematomas intracraneales con buena evolución.
- Menor con polidactilia en mano izquierda

**Tabla 28. ADOPCIÓN ESPECIAL DE MENORES**

- Hija de madre con esclerosis tuberosa asintomática (adopción a los 13 meses).
- Dos prematuros de 23 semanas y 28 semanas con complicaciones. (adopción con 13 meses y con 3 meses, respectivamente).
- Síndrome de Down. (adopción a los 2,5 meses).
- Un caso de probable neurosífilis. (adopción a los 7 meses de edad).
- Un menor con serología de hepatitis C positiva (adopción a los 2 meses).
- Un menor con retraso psicomotor global no filiado (edad de adopción 8 meses)
- Un posible caso de Síndrome de Golden Hart -desarrollo anómalo de tejidos u órganos craneofaciales- (adopción a los 5 meses).
- Prematuro de riesgo neurológico, infectado de VIH (adopción con 3 meses).

## 5. BIBLIOGRAFIA

### Aspectos generales

- Aronson J. Medical evaluation and infectious considerations on arrival. *Pediatr Ann.* 2000;29:218-223.
- Aronson J. HIV in internationally adopted children. Washington: Joint Council for International Children's Services; 2002.
- Bledsoe JM, Johnston BD. Preparing families for international adoption. *Pediatr Rev.* 2004;25:242-250.
- De Aránzabal Agudo M. Adopción internacional; datos interesantes, visita preadoptiva, postadoptiva y seguimiento. Grupo de Trabajo en Inmigración, Adopción y Cooperación internacional, Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria [sitio en Internet] [actualizado el 27 de octubre de 2000; consultado el 4 de diciembre de 2005]. Disponible en <http://www.avpap.org/gtinmigracion.htm>
- Diamond GW, Senecky Y, Schurr D, et al. Pre-placement screening in international adoption. *Isr Med Assoc J.* 2003;5:763-766.
- Faber S. Behavioral sequelae of orphanage life. *Pediatr Ann.* 2000;29:242-248.
- Fumadó V. Atenció a l'infant adoptat en altres països. *Pediatría Catalana* 2002; 62:81-86
- Groza V, Ryan SD, Cash SJ. Institutionalization, behavior and international adoption: predictors of behavior problems. *J Immigr Health.* 2003;5:5-17.
- Hostetter MK, Johnson D. Medical examination of the internationally adopted child: screening for infectious diseases and development delay. *Postgrad Med.* 1996;94:70-72, 75-77, 81-82.
- Hostetter MK. Infectious diseases in internationally adopted children: the past five years. *Pediatr Infect Dis J.* 1998;17:517-518.
- Jenista JA. Infectious Disease and the Internationally Adopted Child. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 6, 1993. 576-583.
- Jenista JA, Chapman DD. Medical Problems of Foreign-born adopted children. *American Journal of Diseases in Children.* 1987;141:298-302.
- Johnson D. Long-term medical issues in international adoptees. *Pediatric Annals.* 2000;29(4):234-41.
- Juffer F, Van Ijzendoorn MH. Behavior problems and mental health referrals of international adoptees. *JAMA.* 2005;293:2501-15.
- McGuinness TM, McGuinness JP, Dyer JG. Risk and protective factors in children adopted from the former Soviet Union. *J Pediatr Health Care.* 2000;14:109-116.
- Miller LC, Kiernan MT, Mathers MI, Klein-Gitelman M. Developmental and nutritional status of internationally adopted children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149: 40-44.
- Oliván Gonzalvo G. Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas. *An Esp Pediatr.* 2001;55:135-140.
- Oliván Gonzalvo G. Adopción Internacional (5ª ed.). *Guías Clínicas en Atención Primaria*, 2003. Fistera.com [En línea]. Disponible en <http://www.fistera.com/guias2/adopcion.htm>
- Oliván Gonzalvo G. Comparecencia ante la Comisión Especial sobre la Adopción internacional del Senado de España. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2003;20:675-82.
- Palacios J, Sánchez Y. Niños adoptados y no adoptados: un estudio comparativo. *Anuario de Psicología.* 1996;71:63-85.
- Proos LA, Hofvander Y, Wennqvist K, Tuvemo T. A longitudinal study on anthropometric and clinical development of Indian children adopted in Sweden. II. Growth, morbidity and development during two years after arrival in Sweden. *Ups J Med Sci.* 1992;97:93-106.
- Sonogo M, García Pérez J, Pereira Candel J. Problemas de salud de los niños extranjeros adoptados en España. *Med Clin (Barc).* 2002;119(13):489-91.

UNICEF. Children on the Brink 2004. a joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action. New York: UNICEF; 2004.

WHO. The world health report 2005 –make every mother and child count [En línea] [Fecha de consulta 08/06/2005]. Disponible en [www.who.int/whr/2005/en/](http://www.who.int/whr/2005/en/).

WHO. Countries [En línea][Fecha de consulta 02/09/2005]. Disponible en [www.who.int/countries/en/](http://www.who.int/countries/en/)

WHO. Communicable Disease Surveillance & Response (CSR) [En línea][Fecha de consulta 07/06/2005]. Disponible en [www.who.int/csr/en/](http://www.who.int/csr/en/)

### Rusia y países del este de Europa

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.

Boone JL, Hostetter MK, Weitzman CC. The predictive accuracy of pre-adoption video review in adoptees from Russian and Eastern European orphanages. Clin Pediatr (Phila). 2003;42:585-590.

Fries AB, Pollak SD. Emotion understanding in postinstitutionalized Eastern European children. Dev Psychopathol. 2004;16:355-69.

Grönlund MA, Aring E, Hellström A, Landgren M, Strömland K. Visual and ocular findings in children adopted from eastern Europe. Br J Ophthalmol. 2004;88:1362-1367

Human Rights Watch. Abandoned to the State: cruelty and neglect in Russian orphanages. New York: Human Rights Watch; 1998. [En línea] [Fecha de consulta 14/11/2005]. Disponible en <http://hrw.org/reports98/russia2/>

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 Associates; 2000. p. 113-62.

Johnson DE, Miller LC. The Health of Children Adopted from Romania. JAMA. 1992;268(24):3446-51.

Judge S. Developmental recovery and deficit in children adopted from Eastern European orphanages. Child Psychiatry Hum Dev. 2003;34:49-62.

Massey SM. Russia's maternal & child health crisis: socio-economic implications and the path forward. Policy Brief. 2002;1:1-7.

Oliván Gonzalvo G. Diagnósticos neurológicos en los informes médicos preadoptivos de Rusia. Rev Neurol. 2003;37:1009-13.

### China y sudeste de Asia

Dagan MB, Harbottle L. The growth and nutritional status of healthy Asian children aged 4-40 months living in Sheffield. Brit J Nutrition. 1996;76(2):183-97.

Johnson DE, Traister M, Iverson S, Dole K, Hostetter MK, Miller LC. Health status of US adopted Chinese orphans. Pediatr Res. 1996;39:135A

Lien N, Meyer K, Winik M. Early Malnutrition and Late Adoption: a Study of Their Effects on The Development of Korean Orphans Adopted Into American Families. Am J Nutr. 1997;30:1734-9.

Miller L, Hendrie N. Health of Children Adopted From China. Pediatrics. 2000;105(6):e76 [En línea] [Fecha de consulta 22/02/2005]. Disponible en [www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/6/e76](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/6/e76)

My Lien N, Katchadurian K, Winick M. Early malnutrition and "late" adoption: a study of their effects on the development of Korean orphans adopted into American families. Am J Clin Nutr. 1977;30:1734-9.

## Latinoamérica

Johansson-Kark M, Rasmussen F, Hjern A. Overweight among international adoptees in Sweden: a population-based study. *Acta Paediatr.* 2002;91(7):827-32.

Miller L, Chan W, Comfort K, Tirella L. Health of children adopted from Guatemala: comparison of orphanage and foster care. *Pediatrics.* 2005;115(6):e710-17 [En línea] [Fecha de consulta 22/02/2005]. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org>

Organización Panamericana de Salud. Situación de la salud en las Americas, Informes básicos 2004. OPS [Sitio en internet] [En línea] [Fecha de consulta 14/11/2005]. Disponible en

[www.paho.org/spanish/dd/ais/IB-folleto-2005.pdf](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IB-folleto-2005.pdf)

Real Rodriguez B, Cortes Rico O, Montón Alvarez JL. Patología del niño inmigrante Latinoamericano. AEPap [Sitio en internet] [En línea] [Fecha de consulta 14/11/2005]. Disponible en [www.aepap.org/inmigrante/realidadlat.htm](http://www.aepap.org/inmigrante/realidadlat.htm)

Salvatella Agrelo R, Pinto Dias JC, Calegari L, Bulla Fernández D, Rosa R, Basmadján Y, y cols. Curso Virtual de Capacitación Médica en Diagnóstico, Manejo y Tratamiento de la Enfermedad de Chagas. MSF [Sitio en internet] [En línea] [Fecha de consulta 14/11/2005]. Disponible en [http://www.msf.es/curso\\_chagas](http://www.msf.es/curso_chagas)

Villa Villanueva L, Escribá JM, Parreño Rodríguez F. Resultados del tratamiento de la enfermedad de Chagas en menores de 15 años en el proyecto de Médicos Sin Fronteras en Tarija (Bolivia). *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2005;7 Supl 1:S61-76 [En línea] [Fecha de consulta 14/11/2005]. Disponible en [www.pap.es](http://www.pap.es)

## Subcontinente Indio

Hosono S, Okazaki M, Kagimoto S, Ogawa K, Matunaga K, Oishi T, et al. An evaluation of infants' growth in the Kingdom of Nepal. *Acta Paediatr Jap.* 1998;40:350-5.

Proos LA, Hofvander Y, Tuvemo T. Menarcheal age and growth pattern of Indian girls adopted in Sweden. *Acta Paediatr Scan.* 1991;80:852-8.

Smith-García T, Brown JS. The healthy of children adopted from India. *J Community Health.* 1989;14(4):227-40.

## África

Fumadó V. Problemas asistenciales en la atención médica a niños de otras etnias. En: Cruz M, ed. *Tratado de Pediatría.* Madrid: Ergón; 2001. p. 138-45.

Powell GM, Morreira S, Rudd C, Ngonyama PP. 1994 Child Welfare Policy and Practice in Zimbabwe. Zimbabwe: UNICEF; 1994.

## El viaje y la estancia en el extranjero

Aronson J. Internacional Pediatric Health Services. Preparing for international travel. OrphanDoctor [Sitio en internet] [En línea] [Fecha de consulta 14/11/2005]. Disponible en [www.orphandocor.com/services/travel/index.html](http://www.orphandocor.com/services/travel/index.html)

Fumadó V, Pou J, Jimenez R. Imported malaria in children (1993-1998) *An Esp Pediatr.* 2000 Apr; 52(4):303-4

Kain K, Jong E. Malaria Prevención. In: Jong E, McMulle R, editors. *The Travel and Tropical Medicine Manual* (ed. 3). Philadelphia: Saunders; 2003. p. 52-74.

López-Vélez R. Malaria y viajes internacionales. Madrid: López-Vélez R, ed; 2002.

López-Vélez R. Vacunación pediátrica en los viajes internacionales. En: Comité Asesor de Vacunas de la AEP. *Manual de vacunas en Pediatría 2005.* 3ª Edición. Madrid: AEP; 2005. p. 545-63.

Mellado Peña MJ, García Hortelano M. Diarrea en el niño inmigrante. Diarrea del viajero. En: Alvarez Calatayud G, Mota Merini F, Manrique Martínez I, eds. *Gastroenteritis aguda en Pediatría.* Barcelona: EDIKAMED; 2005. pp: 153-60.

Ruiz Contreras J, Hernández Merino A. Vacunación del niño viajero. En: De Arístegui J, ed. *Vacunaciones en el niño; de la teoría a la práctica.* Bilbao: Ciclo Editorial SA; 2004. pp. 923-936.

## Evaluación del estado de nutrición, crecimiento y desarrollo puberal del niño adoptado

Chinn S, Timothy C, Preece M, Rona R. Growth Charts for Ethnic Populations in U.K. *Lancet.* 1996;347(9004):839-40.

Chinn S, Hughes J, Rona R. Trends in growth and obesity in ethnic groups in Britain. *Arch Dis Child.* 1998; 78:513-7.

De Aranzabal Agudo M. Inmigración: Indicadores de nutrición y crecimiento. *An Pediatr.* 2003;58(3):236-40.

Deborah F. Infants and Young Children in Orphanages: One View From Pediatrics and Child Psychiatry. *Pediatrics.* 1996;97(4):569-78.

Duggan MB, Harbottle L. The Growth and Nutritional Status of Healthy Asian Children Aged 4-40 Months Living in Sheffield. *Brit J Nutr.* 1996;76(2):183-97.

Nieves-Rivera F, Gonzalez de Pijem L, Mirabal B. Reversible growth failure among Hispanic children: instances of psychosocial short stature. P R Health Sci J. 1998;17(2):107-12.

Powell GF, Brasel JA, Blizzard RM. Emotional deprivation and growth retardation simulating idiopathic hypopituitarism: I. Clinical evaluation of the syndrome. N Engl J Med. 1967; 276(23):1271-8.

Rona RJ, Chinn S. National Study on health and growth: social and biological factors associated with height of children from ethnic minority groups living in England. Ann Hum Biol. 1986;13:453-71.

Rutter M, English and Romanian Adoptees Study Team. Developmental Catch-up, and Deficit, Following Adoption after Severe Global Early Privation. J Child Psychiat. 1998;39(4):465-76.

Voos LD, Mulligan J, Betts PR. Short stature at school entry-an index of social deprivation? Child Care Health Dev. 1998;24(2):145-56.

## Enfermedades infecciosas y evaluación y actualización del estado de inmunización

Abramowicz M, Zuccotti G, Rizack MA, Goodstein D. Repelentes para insectos. Medical Letter. 2003;25:49-50.

American Academy of Pediatrics. Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 26th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2003 [Sitio en internet] [En línea][Fecha de consulta 30 de mayo de 2005]. Disponible en <http://aapredbook.aappublications.org/>

Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria, AMPap. Calendarios según edad, para niños y adolescentes mal vacunados. AEPap [Sitio en internet] [Actualizado en junio de 2005] [En línea] [Fecha de consulta 30/06/2005]. Disponible en [www.aepap.org/ampap/calvacrescate.htm](http://www.aepap.org/ampap/calvacrescate.htm)

Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Calendario vacunal de la AEP; recomendaciones 2005. An Pediatr (Barc). 2005;62(2):158-60.

Corretger Rauet JM, Baraibar Castelló R. Niños no vacunados; pautas aceleradas. En: De Aristegui J, ed. Vacunaciones en el niño; De la teoría a la práctica. Bilbao: Ciclo Editorial SA; 2004. pp. 808-809.

Corretger Rauet JM, Vidal Tort J. Calendarios vacunales incompletos y estrategias de rescate ("catch-up"). En: De Aristegui J, ed. Vacunaciones en el niño; De la teoría a la práctica. Bilbao: Ciclo Editorial SA; 2004. pp. 810-817.

Farjas Abadía MP, Zubizarreta Alberdi R, Louro González A. Vacunas. Fistera [Sitio en internet] [En línea] [Fecha de consulta 30/05/2005]. Disponible en [www.fistera.com/Vacunas/index.asp](http://www.fistera.com/Vacunas/index.asp)

Fumadó Pérez V. Vacunación en niños adoptados internacionalmente. En: Campins Martí M, Moraga Llop FA, eds. Vacunas 2003. Barcelona: Prous Science; 2003. p. 197-211.

García Hortelano M. Protocolos de estudio en nuestra unidad pediátrica. Experiencia en Paludismo. MCM Pediatría. 2002;5:57-61.

García Hortelano M, Mellado MJ, Martín P. Paludismo. An Pediatr Contin. 2005;3(4):221-8.

García Pérez J. Vacunaciones en niños inmigrantes y adoptados. En: Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Manual de vacunas en Pediatría 2005. 3ª Edición. Madrid: AEP; 2005. p. 752-769.

García Sicilia J. Vacunaciones en niños mal vacunados. En: Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Manual de vacunas en Pediatría 2005. 3ª Edición. Madrid: AEP; 2005. p. 742-751.

Hernández Merino A. Niños de familias inmigrantes y procedentes de adopción internacional (con especial referencia a la zona metropolitana suroeste de Madrid). AEPap. Pediatría, Inmigración y Cooperación Internacional [Sitio en Internet] [En línea][Fecha de consulta 30 de mayo de 2005]. Disponible en [www.aepap.org/inmigrante/protoc.htm](http://www.aepap.org/inmigrante/protoc.htm)

Hostetter MK. Infectious diseases in internationally adopted children: Findings in children from China, Russia, and Eastern Europe. Adv Pediatr Infect Dis. 1999;14:147-61

Mellado Peña MJ. Patología del niño inmigrante: parasitosis y otras enfermedades importadas. MCM Pediatría. 2002;5:61-4.

Hostetter MK, Johnson DE. Immunization status of adoptees from China, Russia, and Eastern Europe. Pediatr Res. 1998;43:147A.

Miller LC. International adoption: Infectious diseases issues. Clin Infect Dis. 2005;40:286-93.

Miller LC, Comfort K, Kely N. Immunization status of internationally adopted children. Pediatrics. 2001;108:1050-1.

Miller LC, Kelly N, Tannemaat M, Grand RJ. Serologic Prevalence of Antibodies to Helicobacter Pylori in Internationally Adopted Children. Helicobacter. 2003;8(3):173-8.

Ruiz Contreras J, Hernández Merino A. Vacunación del niño viajero. En: De Arístegui J, ed. Vacunaciones en el niño; De la teoría a la práctica. Bilbao: Ciclo Editorial SA; 2004. pp. 923-936.

Saiman L, Aronson J, Zhou J, Gomez-Duarte C, San Gabriel P, Alonso M, et al. Prevalence of Infectious Diseases Among Internationally Adopted Children. Pediatrics. 2001;108:608-12 [En línea][Fecha de consulta 02/09/2005]. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/108/3/608>

Schulte JM, Maloney S, Aronson J, San Gabriel P, Zhou J, Saiman L. Evaluating acceptability and completeness of overseas immunizations records of internationally adopted children. Pediatrics. 2002;109:E22

## Alteraciones del lenguaje en niños adoptados internacionalmente

Bijou SW. Psychological linguistics: implications for a theory of initial development and a method for research. Adv Child Dev Behav. 1989;21:221-41.

Gindis B. Language Related Issues for International Adoptees and Adoptive Families. In: Tepper T, Hannon L, Sandstrom D (Eds.). International Adoption: Challenges and Opportunities. Meadow Lands: Parent Network for the Post-Institutionalized Child; 1998. p. 98-108.

Hough SD. Risk factors for speech and language development in children adopted from Eastern Europe and the former USSR. In: International adoption: Challenges and opportunities. T Tepper, L Hannon, D Sandstrom (eds). Meadow Lands, PA: Parent Network for the Post-Institutionalized Child; 1999. p. 108-128.

Locke JL. A theory of neurolinguistic development. Brain Lang. 1997;15;58(2):265-326.

## Consulta de aspectos generales y divulgativos de salud en adopción.-

Berástegui Pedro-Viejo A. Adopciones truncadas. En: Libro de Ponencias de la Jornada sobre Adopción Internacional. A Coruña: Fundación María José Jove, 2005; p. 35-50.

Boris Gindis, Ph.D NYS Licensed Psychologist. Language Related Issues for International Adoptees and Adoptive Families. [www.bgcenter.com/](http://www.bgcenter.com/) Consultado en Junio 2005

Bowlby, j.. El vínculo afectivo.(1959). Buenos Aires: Edit. Paidós,

Fernández Jaén A., Calleja Pérez B. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Abordaje multidisciplinar, libro. [en línea <http://www.anshda.org/> ]. Fecha última consulta: Sept. 2005.

Oliván Gonzalvo G. Medicina y adopción internacional. JANO. 2005;68(1.561):30-38.

Oliván Gonzalvo G. Rusia: informes médicos preadoptivos. Niños de Hoy. 2004;11:22-26.

Oliván Gonzalvo G. Adopción internacional en Aragón. La salud de los niños. Niños de Hoy 2003; 9: 47.

Oliván Gonzalvo G. Síndrome Alcohólico Fetal: qué hacer. Niños de Hoy 2004; 14: 38-40.

Oliván Gonzalvo G. Salud mental: trastornos emocionales en los niños adoptados. Niños de Hoy 2005; 16: 10-4.

G Oliván Gonzalvo. Adopción internacional en Rusia: ¿un riesgo añadido? An Pediatr (Barc). 2004; 61: 344-5.

Oliván Gonzalvo G. Salud y Adopción Internacional. En: Libro de Ponencias de la Jornada sobre Adopción Internacional. A Coruña: Fundación María José Jove, 2005. p. 17-32.

St Sauver JL, Early life risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder: a population-based cohort study. Division of Epidemiology, Mayo Clinic. Mayo Clin Proc. 2004 Sep; 79(9): 1124-31.

Wassenberg R. University of Maastricht, Sustained attention in children and adolescents after traumatic brain injury: relation to severity of injury, adaptive functioning, ADHD and social background. Brain Inj. 2004 Aug; 18(8): 751-64.

**ANEXO: Mas información en:** [www.msc.es/salud/externo/consejos/centros/home.htm](http://www.msc.es/salud/externo/consejos/centros/home.htm)

## CENTROS DE VACUNACION INTERNACIONAL EN TODO EL ESTADO ESPAÑOL.

### Listado de Centros:

ALBACETE C/ Dionisio Guardiola, 32 02003 Albacete Tfno. 967769228/29	Tfno. 947280107/37	Tfno. 959759060/61
ALICANTE C/ Muelle poniente, s/n 03071 Alicante Tfno. 965019421	CÁDIZ C/ Ciudad de Vigo, s/n (Recinto Portuario) 11006- Cádiz Tfno. 956989221	IBIZA Vía Romana, 81 07800- Ibiza Tfno. 971306764/00
ALGECIRAS Pº de la Conferencia, s/n 11207 Algeciras (Cádiz) Tfno. 956989252	CARTAGENA Estación Sanitaria del Puerto C/ Pez Volador. 2 30271- Cartagena Tfno. 968501547	LANZAROTE (Arrecife) C/ Blas Cabrera Felipe, 6 35500- Lanzarote (Arrecife) Tfno. 928810188
ALMERÍA C/ Marqués de Comillas, nº 8 04071 Almería Tfno. 950013658	CASTELLÓN Muelle Serrano Lloberes s/n 12100- Castellón (Grao) Tfno. 964759210	LEÓN Avda. de Peregrinos, s/n (2ª planta) 24008- León Tfno. 987296255
BADAJOS C/ Ronda del Pilar, 22 06002 Badajoz Tfno. 924209650	CEUTA Muelle Cañonero Dato Puerto de Ceuta 51071- Ceuta Tfno. 956984433	LLEIDA C/ Rovira Roure, 2 25006- Lleida Tfno. 973701634
BARCELONA C/ Bergara, 12 (Edificio Bergara) 08002 Barcelona Tfno. 935209663	A CORUÑA C/ Durán Lóriga, 3-5ª planta 15003- A Coruña Tfno. 981989570	LOGROÑO C7 Pérez Galdos, 29 26002- Logroño Tfno. 941759225/28
BARCELONA- Drassanes Avda. Drassanes, 17-21- 2ª planta 08001 Barcelona Tfno. 932607446	GIJÓN C/ Almirante Claudio Alvargonzález, 30 33201- Gijón Tfno. 985769412/10	MADRID C/ Francisco Silvela, 57 28028- Madrid Tfno. 913095603
BARCELONA- Bellvitge Hospital de Bellvitge C/ Feixa Llarga, s/n 08907- Hospitalet de Llobregat Tfno 932607446	GIRONA Hospital de Santa Caterina Plaza Hospital, 5 17002- Girona Tfno. 972182600	MADRID Hospital Carlos III C/ Sinesio Delgado, 10 28029- Madrid Tfno. 914532500
BARCELONA-Clinic Hospital Clínic C/ Rosellón, 163 08036- Barcelona Tfno. 932275407/86	GRANADA Sº de Medicina Preventiva Hospital Virgen de las Nieves Avda. Fuerzas Armadas, nº 2 18014- Granada Tfno. 958020123	MAHÓN Avda. José Mª Cuadrado, 17 07703- Mahón (Menorca) Tfno. 971360426
BILBAO C/ Gran Vía, 62- Portal Centro, 1º izda. 48071-Bilbao Tfno. 944509107	HUELVA C/ Sanlúcar de Barrameda, 7 21001- Huelva	MÁLAGA Pº Marítimo Pablo Ruiz Picasso, 43 29016- Málaga Tfno. 952989072/81
BURGOS Avda. Sierra de Atapuerca, 4 09002- Burgos	MURCIA C/ Andrés Vaquero, 10-2º izda.	MELILLA C/ Cardenal Cisneros, 2 52002- Melilla Tfno. 952991231

30001- Murcia  
Tfno. 968221265

NAVARRA  
C/ Cortes de Navarra, 5-1º izda.  
31002- Pamplona  
Tfno. 948979310

PALMA DE MALLORCA  
C/ Muelle Viejo, 7  
07071- Palma de Mallorca  
Tfno. 971989258/59

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

SEVILLA  
Avda. de la Raza, 241012- Sevilla  
Tfno. 955569008

TARRAGONA  
Muelle de Levante, Puerto  
43071- Tarragona  
Tfno. 977999080

C/ Juan M. Domínguez Pérez (Subida  
al Cebadal).35071.- Las Palmas de  
Gran Canaria. Tfno. 92899912  
SALAMANCA  
Avda. de Portugal, 83-89  
37071- Salamanca  
Tfno. 923296022

SAN SEBASTIÁN  
C/ Plaza de Lasala, 2-5ª planta  
20003- San Sebastián  
Tfno. 943424941

SANTA CRUZ DE TENERIFE

VALENCIA: Muelle de Aduanas  
Puerto Autónomo de Valencia  
46071- Valencia  
fno. 963079700/01

VALLADOLID  
Avda. Ramón y Cajal, 6  
47001- Valladolid  
Tfno. 98341378

Rambla General Franco, 169  
38001- Santa Cruz de Tenerife  
Tfno.-.942999062

SANTANDER  
C/ Antonio López, 3.DP.39009-  
Santander Tfno. 942999062  
ZARAGOZA  
C/ Ramón y Cajal, 68  
50004- Zaragoza. Tfno. 976714102

VIGO (PONTEVEDRA)  
Estación Marítima del Puerto de Vigo  
36201- Vigo (Pontevedra)  
Tfno. 986989160/61

VITORIA  
Avda. de Santiago, 11- 1ª planta  
01004- Vitoria  
Tfno. 9457594

**CORA - Mesa de Pediatras**

**ASOCIACIONES INTEGRANTES DE CORA**

Mas información en <a href="http://www.coraenlared.org">www.coraenlared.org</a>	
Asociación de Ayuda al Adoptado <b>A. A. A.</b>	C/ Dr. Fleming 25, 08017 Barcelona. 619.939.771
Asociación de familias adoptantes de Andalucía <b>AFAAN</b>	Avda. de los Teatinos, 2 semisótano B, 410013 (Sevilla) 95 494 13 05, 660 193 255: pagina web : <a href="http://www.afaan.org">www.afaan.org</a>
Asociación de familias adoptantes y de acogimiento de La Rioja. <b>AFAAR</b>	Cl. Montesoria 12 I, 26006 Logroño (La Rioja) 651 967074 pagina web : <a href="http://www.geocities.com/afaar_la_rioja/">www.geocities.com/afaar_la_rioja/</a>
Asociación de familias adoptantes de la China <b>AFAC</b>	C/Fraternitat, nº 15 08012 –Barcelona Tel.: 934591347    678 466101, Fax: 93 4591327. pagina web : <a href="http://www.afac.net">www.afac.net</a>
Asociación de familias adoptantes de Aragón. <b>AFADA</b>	C/ Jerónimo Zuriza 3 - 2º Izqda 50001-Zaragoza Tel.: 976 762444 - 976 224988 Fax: 976 761233. pagina web : <a href="http://www.afada.org">www.afada.org</a>
Asociación de familias para la ayuda y adopción en el mundo. <b>AFAMUNDI</b>	Fernández de Isla 8, 5º Izda, 39008 Santander. Tel 942 310810 y 942 213296. pagina web : <a href="http://es.geocities.com/afamundi/afamundi.html">http://es.geocities.com/afamundi/afamundi.html</a>
Asociación Gallega para la adopción internacional. <b>AGAI</b>	C/ Primo de Rivera 11.4º Izqda. A CORUÑA 15006. pagina web : <a href="http://www.agai.net">www.agai.net</a>
Associació Illes Balears d'adopcions. <b>AIBA</b>	C/ De la Rosa, 3-3r. C.P. 07003 - Palma de Mallorca. Illes Balears Tel. 971400967, 971729588, 656599955 , Telefax: 971 288166. pagina web : <a href="http://www.telefonica.net/web2/aiba">www.telefonica.net/web2/aiba</a>
Asociación castellano-manchega de adopción y acogimiento preadoptivo. <b>AMADA</b>	Santa María en Alcázar de San Juan, Calle Mosáicos s/n 13600 Alcázar de San Juan, (Ciudad Real) [solo viernes] Tel.: 687466873 e-mail : <a href="mailto:ramonantonio@navegalia.com">ramonantonio@navegalia.com</a> ; <a href="mailto:amadaclm@yahoo.es">amadaclm@yahoo.es</a>
Asociación Ciudadana para la Cooperación Internacional con Ucrania. <b>AMIGOS DE UCRANIA</b>	c/ Antonio Maura, 7 – 28014 Madrid (solo para correspondencia) telf.: 660561626, fax: 913604766. pagina web : <a href="http://www.amigosdeucrania.org">www.amigosdeucrania.org</a>
Asociación de familias adoptantes en Haití. <b>ANSAMN</b>	Plaza Mondariz 10 28029 Madrid Tel: 34 656 47 28 57 / 34 655 46 55 49 pagina web : <a href="http://www.ansanm.com">www.ansanm.com</a>
Asociación Regional de familias adoptantes de Castilla y León. <b>ARFACYL</b>	c/ López Gómez 22 1º izquierda Valladolid 47002 Tfno 983 298963, Servicio Información: 902 361 857, Fax: 983 217 032 pagina web : <a href="http://www.arfacyl.org">www.arfacyl.org</a>
Asociación Atlas en defensa de la adopción <b>.ATLAS</b> (Com. Madrid)	C/ Álvaro de Bazán, 12 Getafe 28902 Madrid. Tlf. 91 6017231, fax. 91 6839015, móvil 667 77 3498 pagina web : <a href="http://www.asatlas.org">www.asatlas.org</a>
Defensa Amparo y Garantías en la adopción y acogimiento de menores <b>DAGA.</b>	c/ Alcalde López Casero, 14(28027 Madrid) Telfs.: 91/ 7-73-34- 00, 91/ 4 -04-38-95 Fax: 91 3 77 58 94
Amics del infants del Marroc.	Avda. Diagonal 365, 1º, 2ª Barcelona 08037 tel.: 93 488 34 45 (Federació d'Associacions per a l'Adopció), 699 28 85 98 pagina web : <a href="http://www.amicsinfantsmarroc.org">www.amicsinfantsmarroc.org</a>
Sociedad Española para el desarrollo de la adopción. <b>SEDA</b>	c/ Josué Lillo, 20, 3º A - 28053-Madrid Tel. 91-477 39 51 e-mail : <a href="mailto:sedaadopcion@jazzfree.com">sedaadopcion@jazzfree.com</a>

Asociación de Ayuda a la Adopción en el País Vasco <b>UME ALAIA.</b>	<b>BIZKAIA:</b> Apartado de Correos 12, 48100 MUNGIA Tf: 94-615.65.25 Fax: 94-415.86.69 Móvil: 656 797 063 <b>GIPUZKOA:</b> P <sup>a</sup> Zarategi nº 100 Edificio Txara 1 20015 Donostia Telefono: 943-48 86 93, Móvil : 655 726 911, Fax: 943-11 25 89 pagina web : <a href="http://www.umealaia.com">www.umealaia.com</a>
Asociación de Familias Adoptantes en Rusia. <b>ASFARU</b>	Centro Cívico "Can Pepus" c/ Francesc Macia, 104 08912 BADALONA (Barcelona) pagina web : <a href="http://www.asfaru.org">www.asfaru.org</a>
Asociación de Familias Adoptivas de Navarra. <b>AFADENA.</b>	Ronda San Cristóbal, 221 bajo izda. 31180 Cizur Mayor. Navarra PAG. WEB <a href="http://www.afadena.org/">http://www.afadena.org/</a>
Comunidad Valenciana. <b>FAMITES</b>	Avenida Burjassot, nº 1 -15, CP 46009 de Valencia Tel 619049143 e-mail : <a href="mailto:8yanira@terra.es">8yanira@terra.es</a> ; <a href="mailto:famites@yahoo.es">famites@yahoo.es</a>
Asociación de Familias de Niños y Niñas de Etiopía <b>AFNE</b>	Rambla Catalunya, 16 3º 08007 Barcelona 650 407 954; 650 305 843 pagina web : <a href="http://www.afne.org">www.afne.org</a>
Asociación de familias adoptantes de Murcia <b>FAMUR</b>	C/General Mola, nº 28 – El Palmar – Murcia. CP. 30120.Tel 968 88 16 68 – 616 94 86 84. pagina web : <a href="http://www.famur.net">www.famur.net</a>
Asociación de familias adoptantes en China <b>ANICHI</b>	Estitxu Encinas, C/ Norberto Almandoz, nº 1, 5ºE 20100 Errenteria. Guipúzcoa Tel. 600396981 – 687920459. pagina web: <a href="http://www.anichi.org">www.anichi.org</a>
<b>Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento. CORA</b>	C/ Álvaro de Bazán, 12 Getafe 28902 Madrid. fax. 91 6839015, móvil 667773498 pagina web: <a href="http://www.coraenlared.org">www.coraenlared.org</a>



Finalmente, en un 25 de Noviembre de 2005 ocurrió la presentación pública de esta Guía en la Consejería de Familia de la Comunidad de Madrid.



Sentados, de dcha a idza en la foto.

Vicky Fumadó, autora en esta guía.

Almudena Pérez Hernando. Directora Gral. del Servicio Madrileño de la Salud. Comunidad de Madrid.

Regina Plañiol, Viceconsejera de Familia y Asuntos Sociales, Comunidad de Madrid.

Amparo Marzal. Directora Gral. de Infancia y Familia. Ministerio de Trabajo y Asuntos.Sociales.

Francisco Rua. Presidente de Asociación Atlas y CORA.

De pié de dcha. a izda.

Juan José García Ferrer, Director del Instituto Madrileño del Menor y la Familia, Comunidad de Madrid.

Julián Lirio Casero, autor.

Ángel Cortes Lázaro, autor.

Míluca García López, autora.

Ángel Hernández Merino, autor.

Maite de Aranzabal Agudo, autora.

Alberto Núñez, vocal de salud en Atlas y CORA, el mas culpable de todo esto.

El autor que no pudo acompañarnos aquel día.

Gonzalo Olivan



## NOTA DE LA ASOCIACIÓN CONVONCANTE

Los pediatras autores de esta guía colaboraron en este proyecto de manera voluntaria y altruista. Las familias adoptantes, a través de sus asociaciones les agradecemos su magnífica aportación.

*“Nuestra motivación son nuestros hijos, por los que están aquí y por los que vendrán. Por ellos seguiremos trabajando...”*

Asociación en defensa de la adopción y del acogimiento **Atlas**  
Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción **CORA**





