



CONSTRUYENDO
INTERSECCIONES:

APROXIMACIONES
TEÓRICAS Y APLICADAS
EN LAS RELACIONES ENTRE
LOS ÁMBITOS DEL PARENTESCO
Y LA ATENCIÓN A LA SALUD EN
CONTEXTO INTERCULTURAL

Anna Piella, Lucía Sanjuán
Hugo Valenzuela (Coordinador/as)

8

IMPACTO DE LAS EXPECTATIVAS DE SALUD EN EL ESTABLECIMIENTO DE LA FILIACIÓN ADOPTIVA: ALGUNOS EJEMPLOS DESDE LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL

LOURDES GARCÍA TUGAS

ECAI GENUS

No hay más que fijarnos en nuestro entorno para observar el alto número de familias que han adoptado un/a menor de origen extranjero. Todos conocemos a una pareja o persona sola que han adoptado a un niño/a, a dos o incluso a tres. En algunos casos todos los niños provienen del mismo país de origen y en otros de países completamente diferentes. Es decir, la adopción se ha convertido en un fenómeno social habitual, extendido y cotidiano. Incluso en la parrilla televisiva programas y anuncios muestran a la familia adoptante como un modelo de familia más.

Y todo esto en apenas 10 años, en los cuales se ha pasado de ser un país en el cual la adopción internacional era un fenómeno desconocido, a ser el segundo país del mundo en adopción transnacional.

1. BREVE REPASO A LA EVOLUCIÓN DE LA ADOPCIÓN

La adopción social y legalmente aceptada se remonta a siglos atrás. En las principales sociedades antiguas existía alguna forma de adopción. En el derecho romano del siglo I a.c nos encontramos con que la filiación adoptiva era una medida para evitar problemas sucesorios y que lo decisivo en la familia romana no era el parentesco consanguíneo sino el legal, con un objetivo fundamentalmente político (Joan Miquel, 1982). En sus orígenes, la adopción cumplía funciones sociales tales como mantener la línea sucesoria, crear alianzas entre grupos o familias, mano de obra o asegurarse el cuidado en la vejez (Cole y Doneley, 1990).

Posteriormente su significado pasó de ser político-económico a cubrir el deseo de paternidad y maternidad de los que no podían serlo de forma “natural”. En los últimos años la adopción ha pasado de considerarse un derecho de los padres a un derecho de los niños. Tal y como se acordó desde 1989 con la Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, la adopción internacional es una medida de protección del/la menor, que debe ser utilizada como última opción, una vez agotadas todas las posibilidades de que el/la menor pueda permanecer en el seno de su familia biológica y en su defecto en su entorno socio-cultural. Agotadas estas vías es cuando es viable la opción de la adopción internacional.

La adopción internacional se inició con la adopción de niños/as procedentes de países asiáticos víctimas de conflictos armados con los Estados Unidos. Fue especialmente tras la guerra de Corea en los años 50 cuando se produjo un alto incremento de las adopciones de menores procedentes de este país. Eran niños desprotegidos a causa de la guerra y otros abandonados por ser hijos de madre coreana y padre norteamericano (especialmente de raza negra) que sufrían la discriminación social en su propio país. Del mismo modo ocurrió en los años 60 en Vietnam.

En ese momento, el perfil de algunas de las familias adoptantes era de parejas norteamericanas con hijos biológicos y cuya motivación para adoptar se centraba en el altruismo y sentimientos humanitarios. Era la primera vez que la adopción se centraba en las necesidades del menor y no en la de los padres.

Las familias que no podían tener hijos de forma biológica continuaban recurriendo a la adopción nacional.

Es en ese momento cuando en la adopción de menores se produce un cambio importante, en primer lugar por la motivación, el altruismo que además es aplaudido socialmente, y por el hecho de adoptar a niños/as de otras etnias que rompía con uno de los tabúes de la adopción tradicional, el parecido físico.

En Europa fue a finales de los años sesenta, en países como Noruega, Dinamarca, Holanda, Suecia y Bélgica (Rubio, 2001), cuando la adopción internacional se incrementa considerablemente siendo

principalmente la solidaridad con los países más desfavorecidos la principal motivación para ello (UNICEF, 1999).

Durante los años 70 se producen cambios importantes en los valores sociales y un descenso de la natalidad en los países industrializados, y por ello un descenso de bebés sanos susceptibles de ser adoptados por familias nacionales, por lo que se empieza a considerar posible la adopción de otro perfil de menores, más mayores, grupos de hermanos, niños de otras etnias, y que muchas familias que no podían tener hijos biológicos se acercaran a la adopción internacional como vía para ser padres (Ana Berastegui, 2005).

1.1. En España

Este fenómeno que en el resto de Europa, especialmente países nórdicos, se produce en los años 60 – 70, en España es a finales de los años 90 cuando la adopción internacional aparece como una alternativa a la paternidad/ maternidad.

Igual que ocurrió en el resto de Europa, en España el descenso de la natalidad da lugar a un importante descenso de la adopción nacional que va propiciando el incremento de las solicitudes a la adopción internacional.

Tabla 1. Adopciones nacionales e internacionales en España. Periodo 1997 – 2004

Año	Nacional	Internacional
1997	849	942
1998	875	1487
1999	868	2006
2000	972	3062
2001	1075	3428
2002	1028	3625
2003	896	3951
2004	¿	5541

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Tabla 2. Evolución Adopciones Internacionales en Cataluña

Año	Solicitudes	Adopciones
2000	1160	558
2001	1892	1047
2002	2111	1056
2003	2939	1042
2004	3168	1562
2005	2588	1419
2006	2493	1030

Fuente: Institut Català de l'Acolliment i l'Adopció de la Generalitat de Catalunya

Tabla 3. Evolución Adopciones de China en Genus

Año	CHINA
1998	1
1999	17
2000	76
2001	105
2002	118
2003	107
2004	239
2005	209
2006	110
2007	67

Fuente: ECAI Genus

Así en España la adopción internacional se ha convertido en apenas diez años en una opción válida a la paternidad/maternidad cuyos principales motivos han sido la disminución de niños adoptables en adopción nacional (niños pequeños y sanos), el aumento de

solicitantes (cada vez es mayor el número de personas con dificultades para tener hijos de forma biológica unido al deseo de paternidad/maternidad de familias sensibles o solidarias con las situaciones de abandono que sufre la infancia en muchos países) y la aceptación social de la adopción internacional en la que los medios de comunicación han tenido una gran influencia. Todo esto ha dado lugar también a un variado perfil de los solicitantes y de las motivaciones para la adopción (alguna de ellas vinculada a los estereotipos culturales que se tiene de cada país de origen).

2. ADOPCIÓN Y SALUD

¿Que significa adoptar? Significa aceptar como hijo a un niño/a que no lo es de forma biológica y constituirse en familia.

La adopción está condicionada, por un lado, por el perfil de los niños en situación de ser adoptados y, por otro, por el perfil del/la menor que las familias solicitan. Este perfil se ajusta atendiendo al propio perfil de los solicitantes, a su deseo de hijo/a, y a su idoneidad, valoración que realizan entidades, colegios profesionales o administraciones, según la regulación de cada comunidad autónoma.

De este modo queda determinada la franja de edad y el estado de salud del/la niño/a que la familia está preparada para asumir.

Son muy pocas las que se ven preparadas para la adopción de un/a menor que padezca trastornos irreversibles, patologías crónicas o discapacidad física, psíquica o sensorial. La mayoría de familias que presentan solicitud de adopción han aceptado que el/la niño/a pueda presentar problemas de salud inherentes a su situación o enfermedades reversibles. Pero ¿qué implica aceptar problemas de salud inherentes a la situación del/la menor?

Existen unos factores que han condicionado el estado de salud del niño/a adoptado/a, físico y psíquico, que pueden ser evidentes en el momento de adopción o aparecer durante el desarrollo madurativo del/la menor. Nos referimos a aquellos que se derivan de las siguientes condiciones:

Las derivadas del entorno donde se encuentra el menor: la institucionalización propiamente, las condiciones del entorno, la calidad de los cuidados recibidos (alimentación, higiene, afecto, atención) y de la atención sanitaria que se le ha dispensado (vacunas, revisiones pediátricas...).

Los cuidados previos a su nacimiento (adicciones de la madre, falta de cuidado durante el embarazo...) y en el momento de éste (nacimiento prematuro, condiciones del entorno durante el nacimiento y horas posteriores...)

Enfermedades que se pueden encontrar en entornos desfavorecidos (de dónde provienen la mayoría de los menores adoptables) y propias del país.

Los antecedentes familiares del/la menor y su herencia genética.

Por todo ello es muy importante que las familias que inician un proceso de adopción internacional sepan que existen unos riesgos derivados de estas condiciones señaladas, lo que implica conocer la realidad de los menores en el país en el que se decide adoptar y asumir las posibles consecuencias que esta realidad puede incidir en el estado de salud de los niños.

Por este motivo también es muy importante que la familia disponga del máximo de información relativa al menor y a su estado de salud, ya que la adopción de un menor con una enfermedad grave y que la familia desconoce en el momento de la adopción, puede provocar problemas de aceptación, adaptación y terminar en un fracaso de la adopción. Pero por otro lado, la imposibilidad de conocer muchos de estos factores que hemos señalado, hace imprescindible que las familias comprendan los riesgos que inherentes a la adopción y lleguen a ella plenamente conscientes de esas dificultades.

En muchas ocasiones, cuando informamos sobre las características de la adopción en un país determinado, nos solicitan “garantías” sobre el estado de salud del/la niño/a, y expresan su preocupación por la transparencia de la información que recibimos del menor desde el país de origen, la fiabilidad, y cómo responden las autoridades si se detecta una patología grave en el menor asignado, si aceptan rechazar la propuesta y si se les asignará a otro niño/a.

Hemos detectado que, especialmente en los últimos años, existe un gran número de familias que inician la tramitación de una adopción internacional sin sopesar la posibilidad de que el menor pueda presentar problemas de salud y las posibles dificultades que puede comportar este proceso. Creemos que se ha restado importancia a los riesgos relativos a la salud del menor adoptado, en gran parte por la imagen social que se ha dado de la adopción, a través de una difusión pública que ha promovido una realidad de la adopción excesivamente bucólica y en la mayoría de los casos poco realista y con excesivos mensajes estereotipados.

2.1. Los problemas de salud más frecuentes

Los problemas de salud que se han observado en los niños adoptados en el extranjero (Mesa de pediatría en adopción, 2005) se han distribuido, según el porcentaje de los casos detectados, en:

Problemas de salud muy frecuentes (detectados en más del 25% de los casos): retrasos leves en el desarrollo neuromadurativo, crecimiento físico y estado nutricional. Anemia, problemas dermatológicos, problemas de conducta alimentaria y del sueño, inmunizaciones ausentes, parasitosis intestinal e infecciones del aparato respiratorio, garganta, nariz, ojos y oídos.

Problemas de salud frecuentes (entre el 5 y el 25% de los casos) retrasos y trastornos moderados del desarrollo neuromadurativo, del crecimiento físico, estado nutricional, microcefalia, trastornos de conducta, problemas específicos del desarrollo madurativo (adaptación social, control esfínteres, aprendizaje, lenguaje..) problemas dentales, deterioro agudeza visual auditiva, trastornos endocrinológicos...

Problemas de salud que se dan menos del 5% infrecuentes que revierten en una mayor gravedad del estado de crecimiento y nutrición, trastornos psicopatológicos, enfermedades infecciosas, trastornos endocrinológicos y enfermedades post-exposición.

2.2. La salud en el momento de elegir el país

Cuando la familia elige el país de procedencia del/la menor, lo hace motivada por distintos factores: el tiempo de espera, la complejidad del proceso de adopción, el perfil de los menores adoptables (edad, sexo, grupo de hermanos), la información sobre el estado de salud de los niños, la vinculación con el país de origen, experiencias que conozcan de su entorno socio-familiar, la información que a través de los medios de comunicación se ha difundido sobre las adopciones en ese país y, en algunos casos, la percepción de los solicitantes con relación a la aceptación social de los rasgos raciales del menor.

En general para la elección del país de origen, el factor salud es una cuestión importante y para muchas familias es prioritaria a la hora de decidirse por un país u otro. Cada país, por su situación socio-económica, por el tipo de medidas de protección de sus menores, por sus características culturales, por el concepto de familia, el concepto de salud, etc. condiciona el estado de sus niños/as.

2.3. El caso de China

China ha sido durante muchos años el país de procedencia de la mayoría de menores que han sido adoptados en España. Desde el año 1998, a través de Genus, se han adoptado aproximadamente 1070 menores procedentes de este país. En España, durante el periodo 1997 – 2004 se han adoptado 6.837 menores de origen chino (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales), por lo que se trata de un país referente para el estudio de la adopción internacional y por este motivo nos hemos centrado hoy en él.

El perfil de los menores que solicitan las familias adoptantes en China es de una franja de edad 0 – 3 y con un estado de salud inherente a su situación o con enfermedades reversibles. En estos últimos 9 años el perfil de aproximadamente el 90-95% de los menores adoptados en China ha sido niña y menor de 2 años.

Respecto al estado de salud, según nuestra experiencia, el porcentaje de niños con enfermedades crónicas y graves ha sido muy bajo con relación al número total de adopciones (alrededor del 1%), y este

hecho ha proporcionado seguridad a las familias solicitantes. También la ha transmitido la respuesta de las autoridades chinas cuando, por motivo de salud del/la menor, la familia no ha podido aceptar la propuesta. En los casos justificados, las autoridades chinas han aceptado proponer una nueva pre-asignación de un/a menor “sano/a”. Insistimos en que el término sano en adopción internacional es muy relativo, en adopción internacional es un niño que puede padecer problemas de salud inherentes a su situación.

Los casos detectados en que el menor presentaba una patología irreversible o grave previa a la adopción, en la ECAI, han sido aproximadamente entre un 1% y un 2%.

Destacamos tres momentos del proceso en los cuales se ha podido detectar la patología del menor.

El primero es el momento de la llegada de la propuesta de asignación y en ésta se nos informa de que el/la menor padece un problema de salud. En estos casos se solicita al país de origen ampliar la información y se lleva a cabo un asesoramiento por parte del/la pediatra y psicólogo/a.

La experiencia que hemos tenido en estas ocasiones es que cuando China ha informado de la patología, se ha tratado mayoritariamente de casos poco graves, aquellos descritos anteriormente como problemas de salud muy frecuentes. Normalmente las familias en estos casos esperan la confirmación del diagnóstico y aceptan la propuesta. No se manifiestan tranquilos hasta que ven al/la niño/a y regresan al hogar y lo puede reconocer un médico de su confianza. Realmente las visitas a un centro hospitalario en china pone de manifiesto las grandes diferencias culturales y la inseguridad que para muchas familias esto representa, incluso en cuanto a la credibilidad de la información.

También ha existido algún caso en que no han aceptado la propuesta, sin esperar la información, solicitando una nueva asignación, queriendo tener la seguridad de que el riesgo ha desaparecido.

Otro de los momentos es cuando se ha aceptado la propuesta y se está preparando el viaje. En estos casos han sido las autoridades chinas las que han informado de que al menor se le ha diagnosticado una enfermedad grave o crónica. En esta ocasión la familia ya tiene toda la

información sobre el menor, ha visto su fotografía, y normalmente la ha presentado a su entorno familiar y social.

En estos casos se han dado dos situaciones, una en la que las autoridades chinas directamente han retirado la propuesta dada la gravedad de la enfermedad y otra en que ha dejado la elección a la familia. En la mayoría de las ocasiones, la familia decidió aceptar una nueva propuesta de un menor, aunque también las ha habido que han aceptado la patología del/la niño/a asignado y han continuado con la adopción, sintiéndose ya vinculados al menor y manifestando su responsabilidad hacia él.

Y por último, las situaciones en que la familia se encuentra en China y, una vez se ha encontrado con el menor y ha convivido unos días con él/ella, han solicitado una nueva asignación porque valoran que el menor presenta dificultades. En algunos de estos casos no nos quedan claros los motivos que les lleva a tomar esa decisión, especialmente cuando los médicos del país de origen han informado personalmente a la familia que el menor no presentaba ningún problema de salud. Creemos que ha podido tratarse de un rechazo inicial, resultado de la actitud del menor, su estado, su reacción, el no cumplimiento de las expectativas o de lo esperado, y también, la desconfianza en las valoraciones de un médico que cuesta entender cultural y lingüísticamente.

El porcentaje de estos casos ha sido muy bajo, no es generalizable en absoluto, pero es una realidad que nos hemos encontrado y es importante abordarla para trabajarla y prevenirla. En estas ocasiones las familias no han vuelto a hablar del menor con la ECAI, no se han interesado por su estado de salud, ni manifiestan la voluntad de colaborar en su recuperación. Pero esa experiencia puede ser una fuente de futuros problemas entre la pareja, como así se ha puesto de manifiesto en alguna ocasión, cuando la decisión tomada no ha sido valorada de la misma manera por los dos miembros. También puede influir en el menor adoptado, cómo es aceptado, que lugar ocupa ese niño que sustituye a uno que se ha sido rechazado por su enfermedad.

En las ocasiones en que se ha diagnosticado una patología grave (síndrome de Down) una vez producido el encuentro con el/la menor, han sido las mismas autoridades chinas que han propuesto la retirada

de la asignación y la adopción de otro menor en aquel mismo momento. La familia se ha encontrado en una coyuntura evidentemente muy difícil, la de tener que elegir. Muchas de estas familias proponen quedarse con los dos niños, con el niño enfermo y con otro niño sano. En ninguno de los casos las autoridades chinas han accedido a ello, por lo que en estas situaciones las familias se han declinado por aceptar la adopción de otro niño/a sano, quedando también secuelas (sentimientos de culpabilidad) por la decisión tomada.

Para finalizar, nos encontramos con casos en que no se ha informado, o no ha sido detectada por los médicos en China la enfermedad que padece el menor y ha sido diagnosticada posteriormente en España.

Los casos leves han sido anemia, ferropedia, talasemia menor, problemas dermatológicos, displasia de cadera etc... y las familias han asumido la situación sin excesivos problemas.

Cuando se han diagnosticado problemas de mayor gravedad en el/la menor, el tiempo desde la adopción hasta el diagnóstico es un factor a destacar en cuanto a la reacción de las familias. No es generalizable, pero en los casos que el diagnóstico se ha producido al poco tiempo de llegar con el/la menor normalmente las familias han informado a la ECAI, y en muchos de estos casos, habiendo aceptado al menor y desarrollándose la adaptación satisfactoriamente, manifiestan sentirse engañados por las autoridades chinas.

En las ocasiones que la detección se ha realizado años después de la adopción, se ha vivido con preocupación pero desvinculándola del proceso y aceptando que era un riesgo propio de la adopción (por ejemplo casos de pubertad precoz).

Respecto a salud y filiación adoptiva otros casos que han merecido nuestra atención han sido aquéllos que ante la enfermedad de un hijo biológico recurren a la adopción para evitar riesgos, y casos en que uno de los dos miembros presenta una discapacidad y no la aceptarían en el hijo adoptado.

Muchas familias que adoptan en China viven de forma positiva el desconocimiento de los antecedentes del/la menor, sin tener en cuenta los riesgos que comporta esa laguna en cuanto a la salud del mismo,

incluyendo el futuro el planteamiento y descubrimiento de sus orígenes.

En los últimos años las autoridades chinas han promovido la adopción de niños con necesidades especiales, niños con patologías recuperables o leves y mayores de 8 años.

Muchas de las enfermedades que en China han sido consideradas “especiales”, para otros países son enfermedades que se acogen al perfil de un niño adoptable por lo que es interesante señalar que el concepto de salud está mediatizado también por su contexto cultural. Por ello en muchas ocasiones la interculturalidad de la adopción internacional da lugar a conflictos en este sentido. Para lo que en España es considerado un grave problema de salud, es muy probable que en Bolivia, China y otros países no sea valorado de la misma manera, teniendo también un peso específico lo que socialmente es más o menos aceptado.

Respecto a este programa de adopción denominado “Pasaje Verde”, de niños con necesidades especiales, señalar también como muchas de las familias que deciden adoptar a un/a niño/ con dificultades, especifica qué patología aceptaría y en qué grado. En la gran mayoría de solicitudes, el perfil del menor es de un niño/a con patología leve y recuperable, por lo que no se ajusta a lo que deberían ser las adopciones de niños que van a requerir de cuidados especiales.

En otros países adoptantes, creemos que quizá por una cultura de la adopción más antigua y sólida, hay mayor número de familias que adoptan niños con estas problemáticas.

Con las familias que adoptan en Bolivia y Filipinas nos hemos encontrado que hay una mayor aceptación de los problemas de salud derivadas de la situación del/la menor, e incluso de las consecuencias que para el niño ha tenido la situación social del país y las vivencias en su entorno familiar. Son mucho más variadas las experiencias y los antecedentes de los menores adoptados.

Al contrario que en China, muchos de los niños adoptables han llegado a las instituciones de protección de menores más mayores, habiendo sido abandonados, “cedidos” (se deja al/la menor al cuidado de otra persona) o retirados a sus familias por negligencia y/o

violencia. Esta realidad de los niños es conocida por las familias que deciden adoptar en Bolivia y Filipinas aceptando que puede comportar secuelas y posibles problemas de salud y conductuales.

CONCLUSIONES

- En la adopción internacional debemos trabajar el concepto de salud desde el punto de vista de la interculturalidad.
- No existe la adopción de niños sanos. Es importante transmitir lo que implica ese concepto en la adopción internacional.
- Que las familias conozcan la realidad de los menores adoptables y los riesgos que se asumen en la adopción.
- Debemos trabajar todos los agentes para la preparación de las familias, para que el deseo no anule la reflexión ni esconda la realidad.
- La excepcionalidad de los casos es importante, hay tenerlos en cuenta por todo lo que aportan a la reflexión que rodea a la adopción.
- El éxito de la adopción internacional ha restado importancia a la preparación para la adopción.

BIBLIOGRAFÍA

BERÁSTEGUI, A. (2005) *La adaptación familiar en adopción internacional: una muestra de adoptados mayores de tres años en la Comunidad de Madrid* (pp. 23-54). Consejo Económico y Social. Comunidad de Madrid.

COLE, E.S. y DONELEY, K.S. (1990) History, Values, and Placement Policy Issues in Adoption. En D.M. Brodzinsky y M.D. Shechter: *The Psychology of Adoption* (pp.273-294). New York: Oxford University Press.

De ARANZABAL AGUDO M., CORTÉS LOZANO A., FUMADÓ PÉREZ V., GARCÍA LÓPEZ-HORTELANO M., HERNÁNDEZ MERINO A.; LIRIO CASADO J., OLIVÁN GONZALVO G. (2005)

Consenso en adopción internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios. CORA (Ed.). Madrid.

RUBIO, M. A. (2001) La adopción internacional en la Comunidad de Madrid. En A. Polaino, A. Sobrino y A. Rodríguez (Eds.) *Adopción: aspectos psicopedagógicos y marco jurídico* (pp. 217-242). Ariel: Barcelona.