



Viernes 15 de febrero de 2019

Seminario:

**Psicopatología en adolescentes
inmigrantes y adoptados**

Moderadora:

Maite de Aranzabal Agudo

*Pediatra AP. Miembro del patronato
Save the Children. Cooordinadora del Grupo
de Cooperación, Inmigración y Adopción
de la AEPap.*

Ponente/monitor:

■ **Félix Loizaga Latorre**

*Profesor. Universidad de Deusto-Bilbao.
Psicólogo en Loizaga Psikosalud
(Centro Integrado de Psicología).
Vizcaya.*

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Loizaga Latorre F. Psicopatología en
adolescentes inmigrantes y adoptados.
En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización
Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0;
2019.p. 177-182



Psicopatología en adolescentes inmigrantes y adoptados

Félix Loizaga Latorre

*Profesor. Universidad de Deusto-Bilbao. Psicólogo en Loizaga
Psikosalud (Centro Integrado de Psicología). Vizcaya.*

felixloizaga@gmail.com

<http://felixloizaga.blogspot.com/>

RESUMEN

Se presentan algunas claves y datos básicos para entender el tema de la adopción y de la emigración desde el punto de vista pediátrico y psicológico. El enfoque que se plantea de trasfondo es la teoría del apego. Se recuerda que el apego evoluciona con los vínculos positivos que desarrollan las familias adoptantes y emigradas a lo largo del desarrollo de los niños. Y se sugiere a pediatras y psicólogos que pongan su punto de mira en las cuestiones de salud mental como base para el desarrollo saludable de niños adoptados y emigrantes.

CLAVES PSICOSANITARIAS

El fenómeno de la adopción y la emigración está netamente unido a la historia humana. La adopción en sus distintas facetas ha existido siempre, pues las guerras, los desastres naturales, las epidemias, el abandono o sencillamente el exceso de menores en muchos periodos históricos ha obligado a que las diferentes culturas tuvieran que afrontar la manera de cuidar o atender a menores que se quedaban sin sus madres o padres.

Pero la historia humana y las diferentes culturas también han visto como venían o se marchaban sus niños junto a sus familias, pasando de unos países a otros. Todos estos cambios derivados de las migraciones han forzado a que los menores que

tenían sus propias costumbres tuvieran que adaptarse a las nuevas pautas de comportamiento en los lugares que se incorporaban. Algo más complicado en niños mayores que aquellos menores.

En una sociedad como la española, con familias que casi no procrean (somos prácticamente el país con la tasa de natalidad más baja de Europa en 2017 [1,31 nacimientos por mujer]), algunas familias con problemas de fertilidad han tenido que recurrir a la adopción nacional o internacional para poder incluir esos hijos que deseaban en su ambiente familiar (cerca del 8-10%). Muchos de estos niños y niñas provienen de otros países y culturas y son acogidos generalmente entre los dos y siete años.

Pero hasta hace escasos años la *boom* de la adopción ocurrido en España no había llegado a su plenitud en la etapa adolescente. Desconocíamos cómo niñas y niños adoptados evolucionarían a nivel físico, familiar, escolar o socialmente. Es decir, cómo sería realmente su salud y su adaptación cuando llegasen a la adolescencia-juventud.

Las cuestiones de salud física en pacientes adoptados y emigrantes

En las diferentes investigaciones¹⁻⁴ ha quedado patente que la problemática de la salud física tiene baja incidencia en el mundo adoptivo (también en emigrantes). Las familias hacen una tarea de titanes para ajustar su salud, generalmente tocada previamente a la llegada a nuestro país. Los problemas suelen estar asociados a la etapa de llegada, (especialmente en adopción) pues muchos de quienes son adoptados se encuentran en ese momento con alteraciones físicas (visuales, peso, sueño...) que podemos calificar casi como transitorias, y que están derivadas de la pobreza, el alcohol y las drogas, la miseria o sencillamente de países donde los sistemas sociosanitarios no han podido atender dignamente a una Infancia merecedora de buen trato.

Las cuestiones de salud psicológica, emocional y familiar

Estas áreas son las más importantes y deben ser valoradas en la consulta, precisamente para prevenir problemáticas de salud mental. Cerca de un 10% de adolescentes adoptados se encuentran con una fuerte insatisfacción vital y un estado de ánimo bajo. Otro 11% está en riesgo de estarlo. El pico del conflicto que afecta a su autoestima suele ser alrededor de los 12 a 13 años, al igual que el resto de los adolescentes, lo que nos debe hacer que prestemos atención en esos momentos.

La mayoría de los profesionales plantean que aquellos provenientes de países del Este de Europa son los que más riesgo presentan. Y aquellos que provienen de Asia, especialmente de China, se encuentran en las condiciones más favorables. Las personas provenientes de países subsaharianos deben ser igualmente bien controlados. Por tanto, el origen de las personas tiene su importancia en la valoración diagnóstica.

Un 15% de la adolescencia adoptada (seguramente mejor que la migrada que suele dejar a parte del núcleo familiar en sus países de origen, fenómeno altamente doloroso) señala su calidad de vida familiar como desfavorable. Esta guarda una estrecha relación con la satisfacción escolar y con el conflicto en los colegios, con correlaciones muy significativas. Es decir, aquellos adoptados o emigrados con problemáticas familiares también presentan problemáticas escolares (y viceversa). Dos variables en neta covariación, que suelen ser además altamente estresantes para los niños y para sus familias.

No hay duda de que las familias adoptantes dedican más tiempo y atención a sus hijos que el resto de las familias, al igual que las migrantes que deben dedicar gran cantidad de tiempo a trabajar para poder subsistir especialmente a la llegada.

La demanda de atención psicosanitaria y el mayor riesgo

También es evidente que el mundo adoptivo demanda casi el doble de atención psicológica que el resto de los niños o niñas (cerca del 45% han buscado ayuda psicológica), quizá debido a la necesidad de prevención que buscan sus familias adoptantes y a la necesidad de orientación o terapia para reparar el daño sufrido por sus hijos durante periodos claves de su desarrollo. Las familias migrantes no suelen demandar esta ayuda, debido generalmente a sus bajos recursos de tiempo y especialmente a la falta de capital económico.

La adopción es en sí misma un factor de riesgo⁵, debido a la negligencia o abandono sufrido durante las primeras etapas de la vida, incluido frecuentemente el propio embarazo, este último realizado con muy pocos cuidados por madres gestantes en conflicto (en ocasiones consumidoras de drogas o alcohol). Este riesgo es aún mayor en los adoptados en Europa del Este y los adoptados dentro de España, pues suelen acceder al sistema de acogida y adopción provenientes de familias con situaciones altamente conflictivas, que han generado daño psicológico y fuerte estrés en etapas muy tempranas. Y por tanto alto daño en los sistemas cerebrales emocionales que están desarrollándose (por ejemplo, el sistema límbico o las conexiones neuronales en zonas frontales y prefrontales). Por todo ello, los adoptados y en acogimiento, deben siempre considerarse como niños y niñas con mayor riesgo de complicaciones de salud mental, aunque solo sea por pura prevención. Y por tanto deben ser más supervisados por los sistemas sanitarios, psicológicos y por los sistemas de protección. Igualmente, los centros educativos deberían asumir sus características peculiares en los proyectos educativos, sensibilizando al profesorado. Hay evidencia para decir que la madurez emocional y familiar de una persona adoptada se produce (en un importante porcentaje) entre los 25 y 30 años⁶, algo más tarde que en las personas no adoptadas, si bien la condición adoptiva dura y deja huella durante toda su vida. Forma parte de la historia de la persona adoptada.

La emigración de los niños a nuestros países es igualmente otra cuestión de riesgo, pues deben ajustarse emocionalmente a la pérdida de una parte de sus familias, de los amigos y amigas con los que se relacionaban en su contexto de origen. Además, deben ajustar estilos y niveles educativos que nunca coinciden con los de sus países. Estas son algunas de las causas del fuerte estrés al que están sometidos, que en muchas ocasiones genera un claro trastorno adaptativo y una marcada tristeza o melancolía.

Recomendaciones para profesionales

- Como persona sanitaria normalice la adopción. Siempre ha existido en la historia humana.
- Como persona sanitaria no quite valor al estrés de la población emigrada al llegar a nuestro país.
- Recuerde que el fuerte estrés-ansiedad, los trastornos adaptativos y una cierta melancolía puede estar asociada a la población infantil emigrante.
- Las personas adoptadas que han estado sometidas a fuerte trauma y daño emocional previo a la adopción son las que suelen presentar mayores problemas emocionales en la infancia. En ocasiones el TDHA, la disrupción, y las cuestiones más externalizantes están ligadas a este tipo de causas.
- Nunca es tarde para adoptar una criatura. Puede ser más difícil con aquellos que tienen más edad... pero sigue siendo la mejor medida de protección y salud para un menor.
- Recuerde que las personas adoptadas en los países del Este de Europa y en España son las que presentan mayor nivel de riesgo. Y recuerde que los emigrantes de países con fuerte pobreza son igualmente los que pueden necesitar mayor atención sanitaria.
- La salud física requiere menos atención que la adaptación psicológica y emocional. Debemos centrarnos por tanto en estos apartados en las

historias clínicas y en las intervenciones pediátricas, psicológicas y sanitarias.

- Debe estar atento al periodo crítico (difícil) para la autoestima en adolescencia que es entre los 12 y 14 años. Intente ver a los pacientes en esta etapa con más tiempo, paciencia y con más frecuencia.
- La atención psicológica por personal experto sigue siendo una buena medida protectora y eso al margen de que los cambios no sean percibidos de manera nítida y sean palpables, muy especialmente en la preadolescencia.

ANALICE EL ESTILO DE APEGO Y LOS VÍNCULOS DEL PACIENTE Y DE SUS FAMILIARES

Podemos afirmar que los niños y niñas pueden crear relaciones de apego diferentes con las distintas personas que los cuidan (la madre, la abuela, la tía...). Pero algunas de estas relaciones son mucho más importantes que otras. Por ello cuando tienen a su disposición más de una figura suelen preferir algunas de ellas respecto a otras, sobre todo cuando su vida se complica (por ejemplo, con la emigración) y cuando se le plantean problemas (por ejemplo, adaptativos o de estrés). En la medida que han tenido buenos cuidadores o cuidadoras veremos distintos tipos de apego o dificultades.

La literatura científica y la neurociencia han demostrado que el avance en el apego seguro es esencial para un buen desarrollo cerebral. El apego seguro es más fácil de lograr cuando la criatura está menos dañada y las familias aportan vínculos positivos. El desarrollo de vínculos seguros es muy importante para avanzar en el autoconcepto personal positivo y para progresar adecuadamente en las relaciones con iguales y con las personas, incluidos los familiares^{7,8}.

El **apego seguro** es solamente el preferente en un 45-50% de menores adoptados, seguramente muy parecido a los niños que han emigrado. Sigue desarrollándose a lo largo de su infancia y adolescencia. Y se caracteriza por cercanía y naturalidad con otras personas, relaciones cálidas y tranquilas con los iguales,

comunicación sincera e integración de emociones, y capacidad para hablar con serenidad del dolor emocional vivido con sus familias biológicas o en los centros donde vivieron durante su infancia preadoptiva. En general quienes son seguros no suelen presentar episodios de marcada agresividad hacia sus familiares y cuando esta se produce es reconducida con mayores niveles de autoconsciencia y mejor capacidad para pedir perdón posteriormente.

El **apego de tránsito dependiente** es frecuente en un 15% aproximadamente. Se caracteriza por una infancia excesivamente apegada a las figuras familiares adoptantes, con mayor miedo a las relaciones sociales y un exceso de celo para mostrar el mundo interior a otros iguales. Las familias suelen indicar que sus hijos e hijas no se interesan demasiado por las relaciones sociales y que prefieren mantenerse junto a sus familias. Las relaciones vinculares suelen ser muy tranquilas, con baja rebelión dentro de los hogares. Mantienen bajo nivel de conversaciones sobre su pasado afectivo y bajo interés por sus orígenes. Frecuentemente las familias suelen entenderlo como apego seguro, cuando realmente este apego debe ser reconducido hacia mayor autonomía para poder avanzar hacia la madurez.

El **apego inseguro-ambivalente resistente** está relativamente presente en adopción, en una cantidad aproximada del 20%. Se caracteriza por el enzarzamiento y el enganche emocional en las relaciones vinculares. La excesiva capacidad de protesta, la presencia continua de rencor y la demanda a veces casi tiránica del adoptado hacia las familias adoptantes es parte del estilo de convivencia familiar. Las familias suelen quejarse de frecuentes discusiones, que oscilan entre la fuerte necesidad de afecto y la fuerte necesidad de expresividad, que complican las relaciones familiares y las emociones del adoptado y dejan a las familias adoptantes con fuertes sensaciones de culpabilidad, inseguridad y ambivalencia hacia los procesos adoptivos, complicando el avance hacia el apego seguro.

El **apego inseguro-evitativo** es menos frecuente en adopción que en otros menores no adoptados y en desprotección (15% aproximadamente). Posiblemente

esto es debido a la alta implicación afectiva que suelen tener las familias adoptantes, que protege de este tipo de apego inseguro. Se caracteriza en los adoptados por estilos de introversión inmaduros, distancia emocional, cerrazón y falta de comunicación. La sensación que tienen los padres es que su hijo o hija sufren por algo difícil de comprender. No suelen dejarse ayudar. Aunque frecuentemente las familias adoptantes buscan entender y comprender a sus hijos adoptados, ellos mismos muestran rechazo a la apertura y les niegan el derecho a las familias a orientar a sus hijos.

El apego inseguro desorganizado es posible dentro de la adopción, aunque en menor proporción que en la población no adoptada y en acogimiento tutelado (alrededor del 5%). Este tipo de apego se caracteriza por fuertes expresiones de agresividad y tiranía por parte del adoptado hacia sus familias. Esta neta agresividad puede dirigirse directamente hacia el padre o madre adoptante o hacia los hermanos. La disociación cognitiva es frecuente, con una fuerte tendencia a negar u olvidar sus comportamientos dañinos como mecanismo defensivo para poder seguir con cierta normalidad en su vida. Estos menores han sufrido o visualizado fuertes episodios de daño emocional en sus vidas y sufren profundamente, al no haber podido elaborar y comprender recuerdos que no saben incluso si son propios o han sido incorporados en sus fantasías. Las familias adoptantes sufren en ocasiones episodios de violencia filioparental que no logran entender y que no saben cómo manejar.

Recomendaciones para profesionales

- Recomiende tiempo y actividades lúdicas a las familias para mejorar los vínculos afectivos positivos que no dejan de ser una buena vacuna para la salud.
- Recuerde que el apego desorganizado y el evitativo encubren fuerte trauma en el niño emigrado y en el adoptado.
- Utilice alguna prueba breve, tipo cuestionario, para la evaluación de la condición adoptiva a partir de

los 13 años. Por ejemplo, el ADOP-A (Loizaga y Martínez, 2017).

- Para la evaluación del apego y los vínculos familiares con niños y niñas más pequeños deje la evaluación en especialistas en Psicología Educativa o Infantil, que pueden usar por ejemplo el *NAVIC-Deusto* (F. Loizaga y M. Loizaga, 2016) o el test *Pata Negra Objetivado PNO-AP* (Urrutia *et al.*, 2016) para la evaluación del apego y los vínculos familiares.
- Para adolescencia puede ser útil la Entrevista ELAIA-DEUSTO (F. Loizaga y M. Loizaga, 2016), que evalúa el apego y los vínculos familiares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Loizaga F, Louzao I, de Aranzabal M, Labayru M. Adopción internacional ¿Cómo evolucionan los niños, las niñas y sus familias? Bilbao: Ediciones Mensajero; 2009.
2. Barudy J. El impacto de los contextos de malos tratos en el desarrollo del cerebro infantil. En: Loizaga F. Adopción hoy: nuevos desafíos, nuevas estrategias. Bilbao: Ediciones Mensajero; 2010. p. 177-202.
3. Loizaga F. Adopción en la adolescencia y juventud. Bilbao: Ediciones Mensajero; 2017.
4. Fernández B. (2016). Tesis doctoral. El cuidado y la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional: experiencia en solitario de los padres. Universidad de Alicante.
5. Asociación Pétalos España. Informe encuesta: adopción, acogimiento, necesidades especiales, trastornos de conducta y otras dificultades. 2017. [Fecha de acceso 4 ene 2019]. Disponible en https://drive.google.com/file/d/16XrPqU_aY3U-fahpGl7PLlGt1j_pNZoto/view
6. Ricart E. Factores de buen pronóstico en la adopción: cómo valorarlos. *Temas de psicoanálisis*. 2014;8:1-21.

7. Loizaga F. (Coord.) (2016). Evaluación del apego – attachment y los vínculos familiares. Instrumentos para el diagnóstico familiar en la infancia y adolescencia. Madrid: CCS; 2016.
8. Bowlby J. Una base segura: Aplicaciones clínicas de la teoría del apego. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 1989.

Bibliografía recomendada

- Aguirre A, Loizaga F. Diferencias entre adultos adoptantes y no adoptantes en salud y satisfacción vital. *Apunt Psicol.* 2016;34:19-25.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Boletín número 18. Datos 2015. [Fecha de acceso 30 nov 2017]. Disponible en www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/productos/pdf/Boletinproteccionlainfancia18accesible.pdf
- Sánchez-Sandoval Y. Autopercepción, autoestima y satisfacción vital en niños y adolescentes adoptados y no adoptados. *Infanc Aprendiz.* 2015;38:159-74.
- Soler V. Tesis doctoral. Evaluación del desarrollo madurativo en niños y niñas de adopción internacional y la influencia de la familia en su evolución. Universidad de Valencia; 2015.
- UNICEF. Construyendo el futuro: la Infancia y la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 en España. 2017. [Fecha de acceso 30 nov 2017]. Disponible en www.infocoponline.es/pdf/CONSTRUYENDO-EL-FUTURO.pdf