

J. L. Jiménez<sup>1</sup>  
J. L. Figuerido-Poulain<sup>2</sup>

## El porvenir de los niños adoptados

1 Departamento de Pediatría. Hospital de Cruces, Vizcaya  
2 Servicio de Psiquiatría. Hospital Santiago Apóstol, Vitoria

### Correspondencia:

J. L. Jiménez  
Departamento de Pediatría  
Hospital de Cruces  
48903 Baracaldo (Vizcaya)

## *Adopted children's future*

### RESUMEN

Son muchos los autores que presuponen una mayor probabilidad de trastorno psiquiátrico entre los niños adoptados. Se sabe, asimismo, de la dificultad que los adolescentes adoptados tienen para alcanzar las metas que se propongan en la vida. En el trabajo que se presenta aquí se estudió la demanda asistencial psiquiátrica de los niños y adolescentes adoptados, así como su pronóstico social. Se revisaron todos los pacientes atendidos desde 1988 a 1994 en nuestras consultas de psiquiatría, con la característica común de ser adoptados. En total, eran 15 casos, que provenían de 14 familias (un 0,2% de la demanda asistencial). Los pacientes adoptados eran, sobre todo, pre-adolescentes y adolescentes: ocho casos (54%). En este grupo de edad, se diagnosticaron seis trastornos de conducta; que a su vez, resultó ser el diagnóstico más frecuente. Por otro lado, un porcentaje mayor del 70% tenían graves problemas académicos, con riesgo de fracaso escolar. Se concluye que los adolescentes adoptados tienen más posibilidades de padecer trastornos de conducta que los pacientes de su misma edad. Su funcionamiento escolar es muy deficiente, condicionando en gran medida su futuro.

### PALABRAS CLAVE

Adopción; Psicología infantil y del adolescente

### ABSTRACT

*There are many studies that have demonstrated a higher risk of psychiatric disorder among adopted children. In addition, it's generally known the difficulties that adolescents adoptees have to get social and vocational success. Our study was designed to test the percentage of child psychiatric care demand of children adoptees and their social prognosis. A sample of 15 children and adolescents adoptees, separated at birth from their biological parents, were attended in our Child Psychiatric Department between 1988 and 1994 (0.2% of all the patients seen in this period of time). Their prevalent psychiatric diagnosis was Conduct Disorder with six patients (40%). Their academic outcomes were poor with a percentage more than 70% of patients that showed evidence of school failure. The results suggest a special predisposition to suffer Conduct Disorders and School Failure on the part of the adolescents adoptees, and therefore a prediction of higher risk to the social failure for them.*

## 242 KEY WORDS

*Adoption; Child and adolescent psychopathology.*

### INTRODUCCIÓN

La adopción es el mejor sistema para paliar la carencia afectiva de los niños abandonados, pero tiene inconvenientes<sup>(1)</sup>.

Son muchos los estudios que revelan una mayor probabilidad de encontrar trastornos psiquiátricos entre los niños adoptados<sup>(2-5)</sup>.

La psicomorbilidad varía según el sexo y la edad del niño en el momento de la adopción<sup>(6)</sup>. Por ejemplo, la adopción de niños varones entre los 4 y los 16 años de edad es un importante factor de riesgo para padecer fracasos escolares y trastornos antisociales de conducta. La adopción de niñas adolescentes, -entre los 12 y los 16 años de edad-, se considera un factor de riesgo significativo para padecer toxicomanías<sup>(7)</sup>.

¿Cómo evolucionan los niños adoptados? Se han completado muchos estudios retrospectivos de adultos adoptados<sup>(8)</sup>, pero muy pocos estudios prospectivos longitudinales de niños adoptados.

Bohman y cols.<sup>(9)</sup>, siguieron prospectivamente un grupo de 168 adoptados. A los 11 años, las conductas y adaptación de los varones eran peores que las de los controles. Por el contrario, las niñas adoptadas no diferían sensiblemente de sus compañeras.

A los 15 años, las conductas eran muy similares en los dos grupos para ambos sexos; y lo mismo ocurría a los 18, a los 22, y a los 23 años de edad.

Estos datos sugieren que los adoptados, una vez pasada la adolescencia, adquieren una estabilidad en el porcentaje de riesgo de padecer trastornos psiquiátricos respecto de la población general, que ya no aumenta con la edad<sup>(10)</sup>.

Por consiguiente, las diferencias en el porvenir de los niños adoptados se van a dirimir, sobre todo, en su infancia y adolescencia; relacionándose con el rendimiento académico y con la existencia de antecedentes paido-psiquiátricos personales.

Los objetivos del presente estudio eran tres. En primer lugar, se trataba de cuantificar la demanda asistencial, en una consulta de psiquiatría, de los niños adoptados. En segundo término, queríamos medir el pronóstico social de Trastornos Psiquiátricos, según la I.C.D.-10<sup>(11)</sup>; y 2ª.- Porcentaje de Fracasos Escolares. Por último, es

**Tabla 1 Diagnósticos por grupos de edad (n=15)**

|   |
|---|
| a) Entre 12 y 14 años: 8 casos.<br>Trastornos de conducta: 6 pacientes.<br>Depresión: 1 caso.<br>Crisis disociativas: 1 caso. |
| b) Entre 8 y 11 años: 2 pacientes.<br>Psicosis infantil: 1 caso.<br>Dislexia; 1 caso.   |
| c) Entre 4 y 7 años: 3 casos.<br>No psicopatología: 1 caso.<br>Oposicionismo: 1 caso.<br>Hiperkinesia: 1 caso.                |
| d) Menores de 3 años: 2 casos.<br>Retraso psicomotor por privación de estímulos: 2 casos.                                     |

nuestra intención que el trabajo sea el inicio del seguimiento prospectivo de una muestra de niños y adolescentes adoptados, en nuestro país.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Se recogieron todos los pacientes atendidos entre 1988 y 1994 con la característica común de ser adoptados. En total, eran 15 niños que provenían de 14 familias, -0,2% de la demanda asistencial-, que estaban comprendidos entre los dos meses y los 14 años de edad, en el momento de consultar, con una edad media de 9,7 años (DE=5,2). Nueve de ellos (60%) eran niñas; y el resto, seis casos, varones.

Los diagnósticos psiquiátricos por grupos de edad pueden observarse esquematizados en la tabla 1. Las variables a estudiar entre los diagnósticos serían:

1) Trastornos de conducta: si en los pasados seis meses, el paciente ha tenido comportamientos violentos contra otros o contra la propiedad, o ha violentado severamente las normas sociales.

2) Hiperactividad: caracterizada por falta de atención, hiperkinesia, impulsividad y terquedad.

3) Oposicionismo: conductas de negativismo ante toda norma social, menos violentas que en los trastornos de conducta.

4) Trastorno emocional: caracterizado sobre todo por sentimientos de ansiedad y depresión.

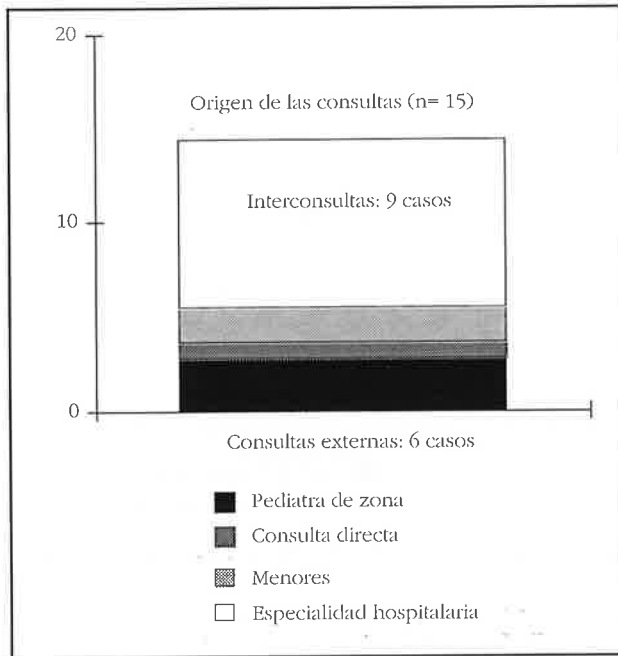


Figura 1.

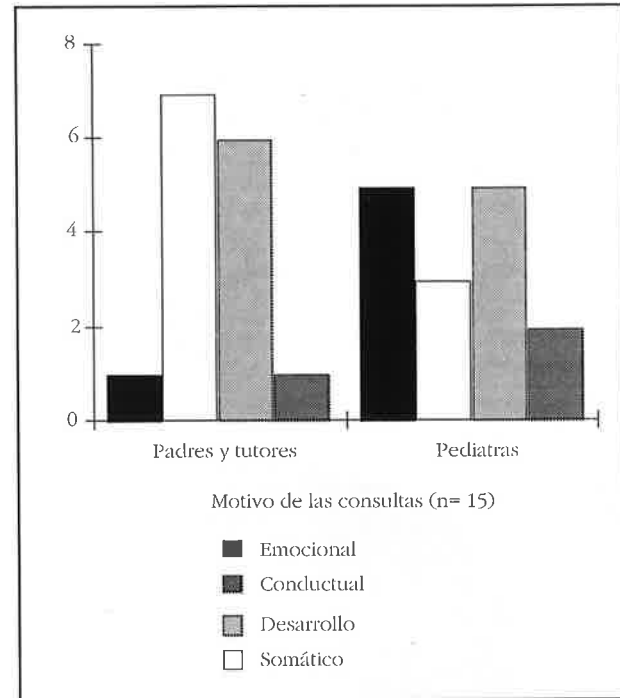


Figura 2.

El resto de variables estudiadas fueron las siguientes:

- 1) Origen de las consultas
- 2) Motivo de las consultas en opinión de los padres o tutores, comparándolo con el motivo de consultar para los pediatras (Fig. 2).
- 3) Lugar y tamaño de la fratria (Fig. 3).
- 4) Diagnósticos somáticos.
- 5) Antecedentes familiares psiquiátricos.
- 6) Resultados escolares de los 13 niños escolarizados (Fig. 4).

La variable *Fracaso escolar* se define como haber repetido dos cursos; haber sido colocado en una A.C.I. (Adecuación Curricular Individual) por n.e.e. (necesidades educativas especiales); o haber abandonado los estudios.

El estudio de todas estas variables iba encaminado a responder a las siguientes preguntas:

- 1) ¿Tienen más problemas de conducta los niños y adolescentes adoptados?
  - 2) ¿Se remiten más frecuentemente a una consulta de psiquiatría infantil?
  - 3) Si consultan más, ¿a qué se debe?
  - 4) ¿Sus resultados académicos son significativamente peores que los de los compañeros de estudios?
- La discusión de los resultados aclara las respuestas.

## RESULTADOS

Parece ser que la edad y el sexo son variables importantes para predecir trastornos psiquiátricos entre los niños adoptados<sup>(12)</sup>.

El 60% de los 15 niños adoptados que se han visto en nuestra consulta eran mayores de 12 años y menores de 14. Este grupo de edad era el más representado, con ocho pacientes. Los diagnósticos en este subgrupo eran sobre todo Trastornos de Conducta o Antisociales (ICD-10: F91.0): seis casos. Otro más, estaba deprimido (ICD-10:F32.1) y, por último, una chica, acogida por el Servicio de Protección de Menores, presentaba Crisis Disociativas (ICD-10: F44.7).

Entre los cuatro y los siete años, había tres casos, afectos de oposicionismo (ICD-10: F91.0) uno; de hiperkinesia (ICD-10: F90.0) el otro; y sin psicopatología, el tercero.

Por último, los menores de tres años eran dos niños afectos de retraso psicomotor por privación de estímulos (ICD-10: F99).

Respecto de las variables estudiadas entre los diagnósticos psiquiátricos, tendríamos seis casos con Tras-

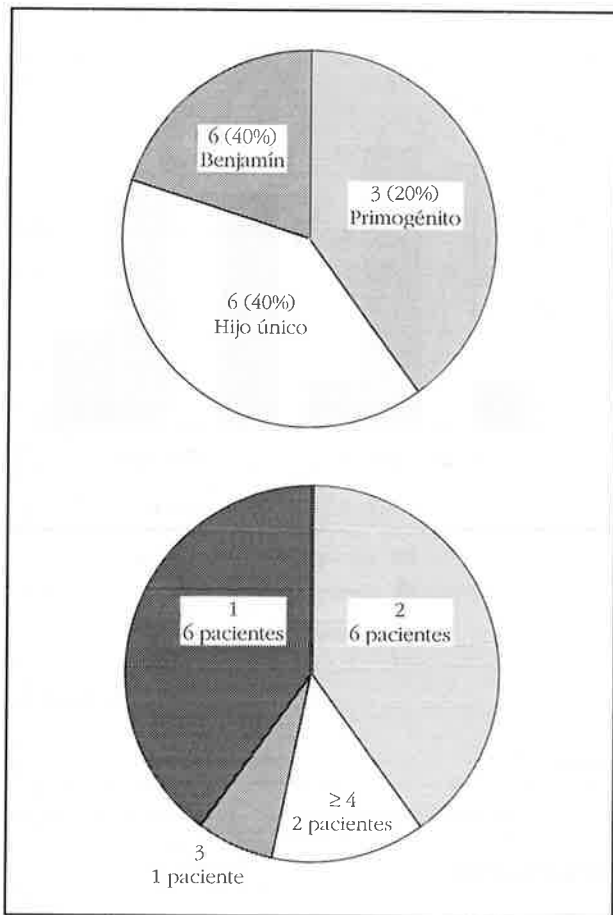


Figura 3. Lugar y tamaño de la fratria.

tornos de Conducta (40%); un niño, con Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad (6,6%); una niña, padecía trastornos conductuales por Oposicionismo (6,6%); y un caso más, con Trastornos Emocionales (6,6%). En total, eran nueve casos del total de 15 pacientes (60%) los que entraban entre uno de los cuatro subgrupos diagnósticos. La mayoría, -seis casos (67%)-, eran Trastornos de Conducta.

No se observaron diferencias en la distribución por sexo. Las nueve niñas y los seis varones estaban agrupados de modo simétrico entre todos los grupos de edad, y los subgrupos diagnósticos.

Las conductas se realizaron mayoritariamente desde otros servicios del Hospital (Fig. 1). El motivo de consulta era similar para los padres y para los pediatras (Fig. 2).

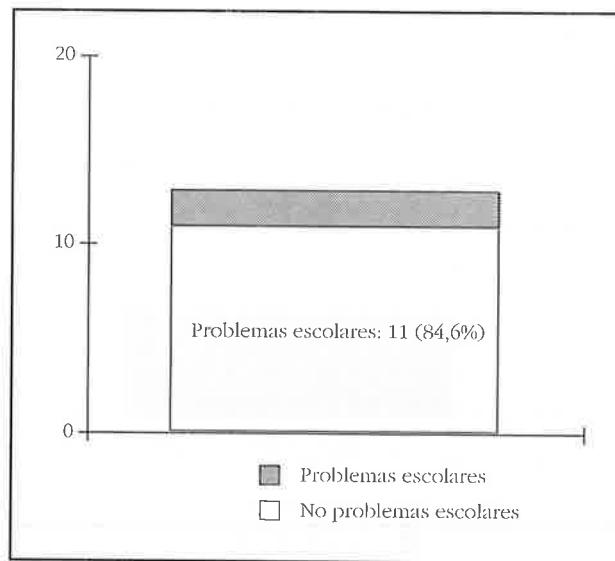


Figura 4. Resultados escolares de los 13 niños escolarizados.

El tamaño de la fratria y el lugar que ocupaban los pacientes dentro de la misma no era diferente a las estadísticas medias del país (Fig. 3). Cabe reseñar que ninguna de las familias que consultaron tenía hijos no adoptados.

Entre los diagnósticos somáticos de los 15 casos consultados, destacaba la presencia de SIDA en una niña y de síndrome testicular feminizante en otra. Una hepatitis B, un cuadro de obesidad de carácter exógeno y un hipotiroidismo, completaban los 15 niños adoptados de la muestra, afectos de alguna enfermedad orgánica.

Dos madres adoptivas y un padre (20%) presentaban antecedentes de consultas psiquiátricas. Una madre se deprimió secundariamente a la grave enfermedad que se descubrió en su hija, afecta de SIDA; otra madre adoptiva presentaba un trastorno de personalidad de tipo histérico; y un padre tenía antecedentes de consultas psiquiátricas por alcoholismo.

Como puede verse en la figura 4, más del 70% iban mal en los estudios, habiendo repetido uno o más cursos 11 de los 13 niños escolarizados.

## DISCUSIÓN

Hay datos epidemiológicos que indican una sobre-representación de adolescentes adoptados en las con-



**Figura 5.** Éste es un dibujo de una familia que realiza una niña de 12 años, adoptada. Pueden objetivarse los rasgos con los que idealiza a unos padres que todavía cree son los adoptantes. Incluso en los casos en que el niño parece no saber nada de su origen, hay siempre la impresión de que sabe algo. Recuerda su pasado, sin que nadie le haya contado nada del mismo. Muchos autores atribuyen este conocimiento interno al inconsciente colectivo.

sultas psiquiátricas<sup>(13)</sup>. Sin embargo, los motivos de atención suelen ser menos graves que los de la población paído-psiquiátrica general<sup>(14)</sup>.

En 1988, un estudio de Kaye y Warren mostró la relación existente entre la gravedad de los problemas consultados y la tendencia a achacar dichos problemas a la adopción<sup>(15)</sup>.

Por otra parte, aquellas familias adoptantes que previamente sobrevivía con lazos tenues y vulnerables, pueden ponerse en cuestión cuando se incluyen en ellas niños adoptados<sup>(16)</sup>.

Se consideran adopciones de alto riesgo: 1) Las familias que eran problemáticas previamente a la adopción; 2) Los niños adoptados que tengan psicopatología previa; 3) Las adopciones de niños mayores; 4) Las adopciones de niños con enfermedad somática o invalidez; y 5) Las adopciones que se realizan fuera de los cauces legalmente instituidos.

Es muy probable que los niños adoptados de mayores, con malos tratos como comportamiento corriente de su familia biológica; y, a veces, con institucionalización previa, tengan psico-patología secular, después.

En otro orden de cosas, se sabe que los niños adoptados que consultan al psiquiatra tienen una probabilidad mayor de la habitual de padecer trastornos de conducta<sup>(17)</sup>. Así era en el 67% del grupo estudiado.

Como puede verse en la figura 4, más del 70% de los niños escolarizados iban a fracasar académicamente, si no se evitaba. Un porcentaje similar, el 56%, se observa en otros estudios realizados al respecto<sup>(1,18)</sup>. Esta amplia proporción de fracasos escolares condiciona en gran medida el futuro de estos niños.

La mayoría de las parejas adoptantes lo hacen en situación de normalidad. Pero, a veces, uno o los dos padres pueden tener algún tipo de dificultad emocional que va a conllevar un proceso interno, con frecuencia mal asumido, de problemas en la relación con el hijo o hijos adoptivos. Éste era el caso de tres familias (21,4%) que consultaron al psiquiatra por trastornos emocionales en uno de los miembros de la pareja conyugal. De ellos, un caso solamente era de intensidad severa (7%).

En las instituciones de adopción, actualmente, se dispone de métodos de selección realizados por personal especializado que orienta sobre qué personas son las idóneas para adoptar.

¿Qué habrá que sondear?:

- 1) El estado emocional de ambos padres.
- 2) Sus motivaciones y expectativas.
- 3) Su madurez y estabilidad personal y afectiva.
- 4) Su nivel de formación y sus condiciones educativas.
- 5) La existencia de unas mínimas condiciones materiales y económicas que den seguridad a los hijos adoptados.

Entre los niños adoptados por unos padres que los adoptaron tras superar este proceso de selección, se aprecia un menor índice de psicopatología<sup>(19)</sup>.

Por lo general, en el proceso de adopción va a hacer una inicial sobreprotección. Los padres, además, van a estar muy pendientes de los posibles fallos que el niño pueda tener, psiquiatrizando muchos problemas que no se psiquiatrizarían nunca en familias biológicas<sup>(20)</sup>.

Cuando el niño es muy pequeño, ésta reacción de hiper-vigilancia se puede considerar normal. Pero, cuando el niño tiene ya cinco o seis años, si los padres adoptantes quieren moldearle a su propia imagen y semejanza, pueden producirse importantes conflictos en la relación familiar.

Tanto por la educación recibida, como por el temperamento del niño, se puede llegar a los Trastornos

**246** Antisociales de Conducta, que, -a veces-, se atribuyen exclusivamente a la herencia, de manera errónea.

Otra reacción habitual de los padres adoptantes es el intento de amnesia de la vida anterior a la adopción.

Cuando el niño se adopta por encima de los tres años de edad, se suele producir una reacción a los 18 meses de la adopción, que consiste en actitudes provocadoras del niño como si quisiera poner a prueba a los padres para no verse abandonado de nuevo. Suele remitir espontáneamente, pero algunos de los fracasos en adopciones se deben a la no resolución de esta etapa, bien sea por abandono durante la misma; o bien por establecerse una serie de relaciones viciadas de permisividad que hacen que el niño se apodere de la situación educativa, y se configuren en él conductas que conformarán más adelante un trastorno antisocial de la personalidad<sup>(21)</sup>.

Lo que Ajuriaguerra llama la *revelación*<sup>(22)</sup>, o conveniencia de revelar al niño su condición de adoptado se vive, a veces, con cierta dificultad. ¿Cuál es el momento más oportuno para hacerles tal revelación? Cuando empiezan a hacer preguntas sobre el origen de los bebés; es decir, entre los tres y los cinco años de edad.

Si se ha dejado pasar este tiempo ideal, los ocho o 10 años o etapa de latencia de saber la verdad acerca de todo lo que le rodea.

Al llegar a la pubertad, los niños adoptados quieren conocer a sus padres biológicos. Necesitan desidealizar al padre o madre desconocidos, y aprender que los mejores padres son los que tienen (Fig. 1). Precisan saber sus auténticas raíces. Para los padres adoptivos, es el momento más difícil de la adopción. En la pubertad, se producen el mayor número de consultas paidopsiquiátricas de niños adoptados<sup>(23)</sup>.

Entre las 14 familias que componen la muestra, no hay ninguna que tenga hermanos no adoptados. Se sabe que las familias en que conviven hijos adoptados y no adoptados, tienen menos problemas de ajuste a la nueva situación<sup>(24)</sup>.

Por último, hay que hacer hincapié en el hecho de que un niño adoptado, como los demás, será más sano y feliz, cuanto más sano y feliz sea su entorno. El informe anual del Comité de Adopción de nuestro país refiere que no hay niño, -por muy complicado que tenga vivir-, que no pueda ser adoptado si se encuentra a los padres adoptivos adecuados. La salud y el futuro del niño adoptado dependerá de su constitución personal; pero, también, de los cuidados afectivos y educacionales que los padres y la sociedad les proporcione.

## CONCLUSIONES

Se concluye que los adolescentes adoptados presentan más problemas de conducta que el porcentaje medio de los pacientes de su misma edad atendidos en una consulta de psiquiatría. Su rendimiento académico es bajo, y les sitúa en un riesgo de fracaso escolar muy por encima de la media.

Estas conclusiones pronostican un difícil futuro para los niños adoptados, si no se cambian las expectativas que sus padres adoptivos tienen de ellos.

Los padres que adoptan niños deberían tener un mayor asesoramiento pediátrico y psicológico, por parte de las Instituciones de Bienestar Social de las que dependa la adopción.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Rubio V, Heras E, Bardina E, Solans A. Trastornos psicopatológicos de aparición retardada en niños adoptados. *Rev Psiquiat Inf Juv* 1993;4:229-234.
- 2 Schechter MD. Observations of adopted children. *Arch Gen Psychiatr* 1960;3:21-32.
- 3 Hersov L. Adoption and Fostering. En: Rutter M, Hersov L, eds. *Child and adolescent psychiatry modern approaches*, 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1985:101-117.
- 4 Lipman EL, Offord DR, Boyle MH, Racine YA. Follow-up psychiatric and educational morbidity among adopted children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:1007-1012.
- 5 Humphrey ME, Ounsted D. Adoptive families referred for psychiatric advice. I. The Children. *Br J Psychiatry* 1963;109:599-608.
- 6 Lipman EL, Offord DR, Racine YA, Boyle MH. Psychiatric disorders in adopted children: a profile from the Ontario Child-Health Study. *Can J Psychiatry* 1992;37:627-633.
- 7 Offord DR, Aponte JF, Cross LA. Presenting symptomatology of adopted children. *Arch Gen Psychiatry* 1969;20:110-116.
- 8 Cadoret RJ, Stewart MA. An adoption study of attention deficit/hyperactivity/aggression and their relationship to adult antisocial personality. *Compr Psychiatry* 1991;32:73-82.

- 9 Bohman M, Sigvardsson S. Adoption and fostering as preventive measures. En: Anthony EJ, Chiland C, eds. *The Child in his family*. New York: Williams & Wilkins, 1982:171-180.
- 10 Boyle MH, Offord DR, Racine YA, Catlin G. Ontario Child-Health Study follow-up: evaluation of sample loss. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;**30**:449-456.
- 11 The I.C.D. 10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and Diagnostic guidelines. *Organización Mundial de la Salud*. Barcelona: Toray-Masson, 1992.
- 12 Warren SB. Lower threshold for referral for psychiatric treatment of adopted adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;**31**:512-527.
- 13 Kotsopoulos S, Cote A, Joseph L, Pentland N, Chryssoula S, Sheehan P, Oke L. Psychiatric disorders in adopted children. *Am J Orthopsychiatry* 1988;**58**:608-612.
- 14 Sonne J. A family system perspective on custody and adoption. *Int J Fam Ther* 1980;**2**:176-192.
- 15 Kaye K, Warren S. Discourse about adoption in adoptive families. *J Fam Psychol* 1988;**1**:406-433.
- 16 Kim WJ, Davenport C, Joseph J, Zrull J, Woolford E. Psychiatric disorder and juvenile delinquency in adopted children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;**27**:111-115.
- 17 Stucki JD. Dinámica familiar del fracaso escolar. *Confrontaciones Psiquiátricas* nº 23. Madrid: Rhone-Poulenc, 1988.
- 18 Cobo Medina C. *Psicopatología Dinámica I: La adopción*. Madrid: Roche, 1983:139-142.
- 19 Achenbach TM, Edelbrock CD. Behavioural problems and competencies by parents of normal and disturbed children aged 4 through 16. *Monogr Soc Res Child Devel* 1981;**46**:1-78.
- 20 Jerome L, Cohen JS, Westhues A. A review of the literature on the prevention of harmful sequelae of adoption. *Journal of Preventive Psychiatry* 1987;**3**:261-277.
- 21 Elonen AS, Schwartz EM. A longitudinal study of emotional, social and academic functioning of adopted children. *Child Welfare* 1969;**48**:72-78.
- 22 Ajuriaguerra J. El niño y su familia. *Manual de Psiquiatría Infantil*, 3ª ed. Barcelona: Toray-Masson, 1976:807-810.
- 23 Jerome L. Overrepresentation of adopted children attending a children's mental health clinic. *Can J Psychiatry* 1986;**31**:526-531.
- 24 Brodzinsky DM, Schechter DE, Braff AM, Singer LM. Psychological and academic adjustment in adopted children. *J Consult Clin Psychology* 1984;**52**:582-590.