



I JORNADAS

ABANDONO, ADOPCIÓN Y RIESGO

Debate sobre diagnósticos
y terapias reparadoras

RESÚMENES DE LAS PONENCIAS

RESÚMENES DE LAS PONENCIAS

16 Y 17 NOVIEMBRE 2018 ZARAGOZA

I JORNADAS

ABANDONO, ADOPCIÓN Y RIESGO

Debate sobre diagnósticos y terapias reparadoras

DIRIGIDO A PROFESIONALES DE:

Psiquiatría, psicología, y enfermería de salud mental.

Pediatría, medicina de familia y enfermería de atención primaria. Servicios de protección a la Infancia y la adolescencia y servicios sociales. Educación. Otras Instituciones, entidades, asociaciones y profesionales interesados y/o relacionados con el contenido de la jornada.

Organizan:



Colaboran:



ÍNDICE

Excma. Sra. María Victoria Broto Cosculluela 4

PRESENTACIÓN DE LAS JORNADAS

D^a Esther Grau Quintana 5

VEINTE AÑOS DE EXPERIENCIA EN POST-ADOPCIÓN:
CONSULTAS E INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Prof. Jesús Palacios González 10

ADOPCIONES QUE FRACASAN: LOS DATOS Y SUS IMPLICACIONES
PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Dr. Diego Figuera Álvarez 14

PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LOS VÍNCULOS.
INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN LOS TRASTORNOS DE APEGO

Dra. Dolores Mosquera Barral 17

LOS EFECTOS DE SENTIRSE INVISIBLE. COMO TRABAJAR
CON PROBLEMAS DE APEGO TEMPRANO Y NEGLIGENCIA EXTREMA

Dra. Iolanda Batalla Llordes 20

PSICOPATÍA Y APEGO

Dra. Gemma Ochando Perales 23

SALUD MENTAL EN NIÑOS ADOPTADOS: ¿QUE PODEMOS HACER?

Dr. Vicente Rubio Larrosa 27

ABANDONO Y PSICOPATOLOGÍA; LA INDEFENSIÓN Y SUS REPERCUSIONES

D^a Olga Lázaro 29

CUANDO LA DIFICULTAD EMPIEZA EN LA ESCUELA. ¿QUÉ HACER?

Dra. Nuria Garcia Sánchez 31

PROTOCOLOS EN PEDIATRÍA

Dra. Isabel Irigoyen Recalde 33

REALIDADES PARALELAS

Niels Peter Rygaard 35

COMPRENDIENDO Y TRATANDO EL TRASTORNO
DE APEGO EN NIÑOS ADOPTADOS

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Benedicto García 39

LAS FAMILIAS ADOPTIVAS Y LOS NUEVOS RETOS
EN LA ADOPCIÓN EN ESPAÑA

María José Bajén García 42

LA ADOPCIÓN: UN INSTRUMENTO DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA

José Manuel Granada López 45

CONCLUSIONES



“ Una infancia infeliz no determina la vida ”

Boris Cyrulnik

PRESENTACIÓN DE LAS JORNADAS

EXCMA. SRA.

MARÍA VICTORIA BROTO COSCULLUELA,
Consejera de Ciudadanía y Derechos Sociales del
Gobierno de Aragón.

La prioridad, desde los Servicios Sociales, ha de ser las personas. Pensar en las personas, hablar de sus situaciones, de sus necesidades, de los apoyos que necesitan para que todas ellas puedan vivir en dignidad.

En estas Jornadas se va a hablar de la adopción y hablar de la adopción como medida de protección es hablar del derecho de todo niño a tener una familia.

Las relaciones humanas no están exentas de dificultades, de ahí el título de estas Jornadas en las que se va a hablar de las dificultades con que se pueden encontrar estos niños, estos adolescentes y estas familias. Y es importante hablar de todo ello con rigor, conocimiento y reflexión. Teniendo claro que no hay una patología de la adopción, pero sí unos retos, unas dificultades. Conocerlas, analizarlas, reflexionar sobre ellas, para poder abordarlas adecuadamente, con criterios y diagnósticos profesionales, es el objetivo de estas Jornadas. Las familias, el sector educativo, el sector sanitario, el judicial, necesitan orientaciones y respuestas que les ayuden a atender adecuadamente a estos niños, adolescentes y jóvenes adoptados que presentan dificultades de diversa índole, emocional, social, conductual, de salud mental o de aprendizaje.

Desde el año 2000, ha habido en Aragón 2.302 adopciones, 621 nacionales y 1.681 internacionales. Durante este periodo sólo ha habido 4 casos de adopciones fallidas (un 0,2% del total). También ha habido muchas familias que se han encontrado con dificultades importantes, en un 25% de los casos han necesitado un apoyo especial. Y este es el sentido máximo de estas Jornadas, ante las dificultades, y más aún si se trata de menores, no hay que mirar para otro lado, hay que reflexionar, informar, aportar conocimientos desde las distintas disciplinas, para así hallar soluciones. Porque los menores son lo más valioso de una sociedad y requieren nuestra máxima protección.

PRESENTACIÓN DE LAS JORNADAS



M^a VICTORIA
BROTO
COSCUELLUELA

D^a ESTHER GRAU QUINTANA

Psicóloga. Asociación CRIA FAMILIA
ADOPCIÓN. Barcelona.

A lo largo de 20 años hemos asistido a la llegada de un gran número de niños a través de la adopción internacional que presentaban unas dificultades y problemáticas para las que había la más absoluta falta de previsión, preparación y recursos. Nuestros vaticinios eran catastróficos porque preveíamos que tantos niños y niñas con necesidades especiales, llegados a una sociedad que desconocía o que negaba esas necesidades especiales, desbordaría todas las estructuras asistenciales.

Sin embargo, hemos visto que el caos no ha sido tal gracias a la enorme implicación de profesionales y familias. La inversión de especialistas, académicos, entidades públicas y privadas, asociaciones de familias..., que hemos trabajado aunando fuerzas para comprender y atender las particularidades de una realidad para la que previamente no nos habíamos preparado, ha debido compensar la falta de estructuras y formación adecuadas. No ha sido, naturalmente, a coste cero: llegados a la adolescencia y la juventud hemos sufrido las consecuencias de la falta de previsión y de recursos en una proporción de familias e hijos cuyo devenir ha sido demoledor.

Nuestra entidad, CRIA, nace en pleno boom de la adopción internacional (en ese año, 2004, llegan a Catalunya 1.562 niños procedentes de adopción internacional). Y llegan en un contexto de:

1. Concepción "eufórica" de la adopción internacional: procesos rápidos y relativamente ágiles.
2. Poco conocimiento sobre los efectos en las personas, a medio y a largo plazo, de las adversidades vividas en los primeros tiempos de vida.
3. Falta de referentes/experiencia previos en nuestro contexto socio-cultural.

Veinte años de experiencia en post- adopción: consultas e intervenciones terapéuticas



ESTHER GRAU
QUINTANA

4. Profesionales de la infancia poco preparados para la realidad del boom de adopción internacional. Llegada de muchos niños procedentes de realidades socio-culturales distintas, con necesidades muy dispares.
5. Buena parte de estos niños hubiesen sido considerados en nuestro país de necesidades especiales, y las familias no habían sido valoradas ni formadas para tal proyecto adoptivo.
6. En general faltó previsión sobre la inversión personal, familiar, social y económica que todo ello supondría a largo plazo.

Había un abismo entre las manifestaciones en los niños de las dificultades con las que llegaban y la interpretación colectiva que de las mismas se hacía. La interpretación errónea de las conductas llevaba a una gran confusión en los diagnósticos.

Consideraciones que hoy nos pueden parecer anacrónicas eran de uso corriente:

- Es muy sociable, en seguida se hace con todos. La indiferenciación en las relaciones era leída desde la facilidad para los vínculos, en lugar de signos de apego inseguro.
- Es muy autónomo, muy maduro...El adiestramiento en hábitos era leído como auténtica autonomía, en lugar de miedo o falta de confianza en los demás.
- Aprende rápido, lo entiende todo. La relativa rapidez en la adquisición del lenguaje coloquial era leída como dominio del lenguaje abstracto, obviando las múltiples y complejas derivadas en la vida cotidiana y académica.
- Se ha vuelto caprichoso, nos toma el pelo...La intolerancia a las frustraciones era leída como "pasajeros problemas de adaptación" cuando no como "capricho", desatendiendo las alarmas sobre una base de apego poco seguro.

Desde el año 2004 hemos atendido a unas 1500 familias (visitas privadas y de derivación pública –Servicio de Postadopción del ICAA -). Nuestro trabajo en CRIA se ha ido centrando en los siguientes ejes:

1. Enfoque biopsicosocial

2. Colaboración con otros especialistas
3. Intervenciones diseñadas a medida. Maximizar la capacidad reparadora del entorno antes que "terapeutizar" al niño

Ejes que se han ido concretado en:

- Repensar el tipo de asistencia (salir del despacho y trabajar al lado de la familia, mucho antes que con el niño, al lado de la escuela, con otros especialistas), aprender sobre nuevas intervenciones terapéuticas y crear recorridos biopsicosociales adecuados a las distintas circunstancias familiares.
- Dedicación de buena parte de nuestro tiempo a la formación propia y a las sinergias con otros especialistas, clínicos y académicos (lo que nos aporta una perspectiva más amplia al incorporar otras disciplinas en el análisis, no sólo la de la psicología clínica)
- Intervenciones terapéuticas basadas en:

Conocimiento amplio y profundo sobre las consecuencias de las experiencias previas a la adopción, en los distintos ámbitos personales y a lo largo de las etapas evolutivas,

Fomentar la función reparadora en todo el entorno del niño, conceptualizando el trabajo terapéutico "en equipo", con la familia, con el entorno y con otros especialistas y entidades. Despatologizar, despsicologizar al niño trabajando de manera activa con su entorno.

Priorizar intervenciones en aquellas áreas donde se observan mayores déficits (familias multiasistidas). Establecer en ese trabajo la necesidad de revisión periódica calibrando en cada etapa el orden de prioridades y, en función de las mismas, las intervenciones terapéuticas más pertinentes (logopedia, integración sensorial...)

Acompañar a las familias en la elaboración del duelo que supone el tránsito a las necesidades especiales. El futuro incierto requiere de acompañamiento en la adquisición de fortaleza emocional.

Durante los primeros años atendimos muchas consultas sobre crianza, en las que familias y maestros veían problemas de adaptación que escondían, en realidad, muchos problemas de vinculación. Más tarde nos llegó el grueso de dificultades de aprendizaje escolar y empezamos a ver también niños con Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal, sobre el cual tuvimos que aprender en sus múltiples manifestaciones. Apenas había recursos... y ahora están emergiendo sus discapacidades secundarias... Hay que mirarlas de cerca para saber cómo se pueden abordar los nuevos casos que llegan.

Con la adolescencia, empezamos a ver problemas de conducta externalizante, así como cuestiones de identidad y de orígenes.

Actualmente nos están llegando problemas graves en el campo de la justicia juvenil y estamos empezando a hacer sinergias con el mundo judicial para ver cómo podemos ayudar a estas familias. También estamos en contacto con la asociación AFATRAC, de familias con hijos con trastornos conductuales graves, que llegaron y están muy dañados. Existe un importante vacío asistencial para estos adolescentes y jóvenes que no encuentran un lugar en la atención educativa, social, laboral... Tras una larga experiencia de fracasos académicos y relacionales, y de peregrinajes por especialistas y centros asistenciales, sufren trastornos de personalidad que ponen en riesgo la integridad personal. La falta de recursos desemboca en que las familias deban organizarse en asociaciones como AFATRAC para reclamar asistencia para sus hijos con graves problemas. Estos jóvenes deberían poder vivir en contextos terapéuticos que pudiesen, por un lado, erigirse en ámbito protector y contenedor de ansiedades constantes y masivas (intentos de suicidio reiterados y autolesiones cotidianas) y, por otro, realizar un trabajo psicoterapéutico de fondo que contribuyese a resolver conflictos de calado profundo (a menudo relacionados con sus experiencias tempranas y con la gran inseguridad referente a su identidad). Y que ofreciesen a las familias acompañamiento, asesoramiento y contención emocional.

En la mayoría de consultas por conductas externalizantes a lo largo de la infancia hemos observado: Irritabilidad ante cambios y contrariedades, impulsividad, conflictos relacionales y en situaciones cotidianas de convivencia, síntomas de TDAH, mal manejo de las relaciones con iguales, problemas escolares... A menudo su asociación al hecho adoptivo comportaba la conceptualización errónea de "niño adoptado=niño con problemas", cuan-

do estas conductas remiten, sin embargo, a episodios de maltrato en la primera infancia y su abordaje requiere de una profunda comprensión de sus implicaciones.

A la demanda de modificar las conductas disfuncionales, interferidoras de las dinámicas relacionales, en el niño, nuestra propuesta es modificar aspectos en el entorno –familiar, escolar– haciéndolo más funcional a las posibilidades y dificultades del niño. Nuestro objetivo es acercar a los adultos que tienen contacto con ese niño, a su mundo interno, a ese sistema cognitivo-psicológico-emocional del niño-a en el que la comprensión, la interpretación y el impacto de las experiencias que vive activan respuestas desde un sistema defensivo construido en circunstancias anteriores de supervivencia ante la adversidad.

Es importante que los adultos comprendan que:

- Las repetidas experiencias de sufrimiento y de falta de contención y atención, en tiempos de gran fragilidad, tuvieron efectos en el desarrollo neuro-psicológico y en la maduración del sistema nervioso de ese niño.
- Sus dificultades de mentalización son debidas a la falta de relaciones afectivas que deberían haber afianzado confianza básica y apego seguro.
- Todo ello influyen en la capacidad de regulación emocional, en el control de los impulsos, en el desarrollo de las funciones cognitivas implícitas en los aprendizajes y en las relaciones.

La comprensión y asunción de esta realidad deberían llevar a adaptar el entorno y la vida cotidiana a las necesidades específicas derivadas de las dificultades del niño para mentalizar (anticipar, controlarse, relativizar, prever, reparar, esperar, y tantas funciones que tienen que ver con la confianza básica), que interfieren en el conocimiento de sí mismo y de los demás.

Y para modificar el entorno, será necesario:

- Realizar observaciones en contextos distintos (consulta, hogar, aula, recreo...). La información de padres y maestros ayuda a comprender el umbral de tolerancia a las frustraciones y de organización/desorganización interna en la que intervienen

funciones instrumentales, así como la interpretación que los adultos hacen de esas dificultades y las respuestas que promueven

- Organizar “entornos terapéuticos” en la vida cotidiana, en vez de llevar al niño a terapia, entendemos que la terapia debe vivir en un entorno terapéutico. Entornos cotidianos en los que los adultos acompañen como “organizadores externos” substituyendo temporalmente -y de forma cambiante en función de los logros en autonomía- las funciones que el/la niño/a no puede desempeñar. Eso significa adaptar la vida cotidiana en todos los ámbitos y a lo largo de todo el día, trabajo minucioso y caro porque requiere disponer de personas significativas que ayuden a:

- Transitar de una actividad a otra
- Mantener el hilo conductor en una misma actividad
- Anticipar cambios
- Acompañar en las actividades cotidianas que requieren autogestión
- Mediar en las relaciones con iguales
- Contener ansiedades en situaciones poco pautadas

Aun así, aun cuando es posible un trabajo integrador, comprobamos que la evolución es muy lenta, dado el gran empuje de las exigencias vinculadas al devenir de la edad cronológica.

En las familias con hijos afectados por TEAF, las evoluciones que vemos son muy dispares, en función del grado de afectación, de las expectativas y capacidad de adaptación de la familia a la nueva realidad, el momento en que se hizo el diagnóstico... Observamos que el trabajo con la familia es imprescindible y, a menudo, mucho más efectivo que la intervención directa con el/la niño/a.

Los aspectos raciales han tenido poca entidad como motivo de consulta. Pero ahora que llegan a la adolescencia, emerge el sufrimiento vivido en silencio. Todos tienen recuerdos de miradas discriminatorias, insultos... y los han vivido en silencio.

La presencia de los orígenes y la necesidad de dar sentido a todos los episodios biográficos se hace patente en algún momento vital de la persona adoptada. Hemos visto que es habitual en las familias incorporar el país de origen, pero no tanto las personas significativas en los orígenes biológicos. Últimamente estamos teniendo consultas a raíz del viaje al país de origen, viaje que ha removido mucho emocionalmente y que no siempre ha llevado a un buen encaje posterior.

A lo largo de estos años hemos observado que una buena integración personal de los orígenes y de la filiación adoptiva está estrechamente ligada a la capacidad de tolerar frustraciones y de elaborar duelos por parte de la familia. Por el contrario, las respuestas defensivas y de negación o disociación, en el entorno, interfieren en ese proceso de integración personal. Soportar el dolor, el miedo, las incertidumbres, vivir en una cultura familiar en la que todo eso es posible, en la que la tristeza, las preguntas, las dudas, los miedos... pueden tener su lugar, ayuda a un buen proceso elaborativo.

En este sentido, los factores que contribuyen a la elaboración implican:

Capacidad de conectar con el dolor por parte de la familia


Fortaleza para no sucumbir a ese dolor

Ser capaz de tener esperanza, que no expectativas concretas

Valentía para afrontar adversidades y para dejarse ayudar

Suma de fortalezas (las personas solas o las parejas frágiles lo tienen más difícil)

Auténtica confianza en la consistencia de los vínculos



“ La presencia de los orígenes y la necesidad de dar sentido a todos los episodios biográficos se hace patente en algún momento vital de la persona adoptada. Hemos visto que es habitual en las familias incorporar el país de origen, pero no tanto las personas significativas en los orígenes biológicos ”

Esther Grau

PROF. JESÚS PALACIOS GONZÁLEZ

Psicólogo. Catedrático Psicología Evolutiva.
Universidad de Sevilla

Es importante recordar, cuando hablamos de adopciones fracasadas, que la mayoría de adopciones no fracasan.

Hay pocos datos, a nivel del Estado Español, sobre las adopciones que van muy mal, que fracasan. Los pocos datos que tenemos coinciden bastante con los que hallamos en otros países.

Observamos en la actualidad discrepancias en la terminología que se utiliza. Se habla de fracaso, ruptura, adopciones fallidas, truncadas, convivencia inestable, discontinua... Es preciso clarificar por tanto el término: La adopción fracasada comporta el fin de la vida en común entre adoptantes y adoptados menores de 18 años, con independencia del tipo de adopción o de la fase del proceso adoptivo.

Brodzinsky y Smith (2018) nos hablan de tres tipos de Estabilidad en la vida familiar: jurídica, residencial y relacional. La adopción fracasada oficial, la que supone la salida del menor de la familia y su vuelta al sistema de protección de la Administración, es un porcentaje muy pequeño del total de adopciones. Pero las rupturas familiares – no oficiales o jurídicas pero sí de facto – se incrementan si contemplamos la estabilidad residencial y relacional. Smith (2014) señala que, sin llegar a la ruptura formal, entre un 20% y un 30% de las familias adoptivas viven dificultades muy significativas.

Los últimos datos que se pueden ofrecer desde Andalucía sobre adopciones fracasadas, con ruptura jurídica, son: 1.5% fracasos (2% en adopción nacional, 0.5% en adopción internacional) y un 4.5% de familias en grave riesgo. En número de casos, esto supone que 1 de cada 66 adopciones ha fracasado y 1 de cada 22 está en grave

Adopciones que fracasan: los datos y sus implicaciones para la Práctica profesional

JESÚS
PALACIOS
GONZÁLEZ

riesgo de ruptura. Los datos Internacionales son un poco más alto, con un promedio de 3% en las investigaciones europeas.

En las diversas investigaciones se llega a la siguiente conclusión: los fracasos, cuando se producen, no se deben a una sola causa, sino a una acumulación de factores de riesgo en el adoptado(a), en los adoptantes y la convivencia de la familia adoptiva y en las intervenciones profesionales.

Factores de riesgo en el adoptado(a):

- Edad elevada, en relación a la adversidad acumulada (aunque la gran mayoría de las adopciones tardías son estables, en Andalucía el 92% de adopciones de niños mayores de 6 años son estables y el 88% de adopciones de niños mayores de 10 años). Y no podemos olvidar que estos menores también necesitan ser adoptados.
- Edades promedio del hijo en el momento de la ruptura: 13-14 años (lo que no significa que empiecen a estas edades los problemas, sino que no se han ido resolviendo, con lo que hay una acumulación muy difícil ya de gestionar –pueden haber pasado, por lo general, 6-7 años de convivencia, la ruptura no se debe, por tanto, a una crisis puntual o pasajera-)
- Dificultades conductuales y emocionales:
 - Conductas agresivas y de oposición (presentes en la gran mayoría de los casos de fracaso adoptivo)
 - Violencia entre miembros de la familia (en el 50%-60% de los casos de fracaso)
 - Dificultades de apego, bidireccionales hijos y padres (en torno al 66% de los casos -2 de cada 3 casos de fracaso-)

Estos problemas suelen darse ya desde el inicio de la convivencia y con frecuencia se interpretan erróneamente como “típicos de la fase de adaptación”

Factores de riesgo en los adoptantes y su estilo de convivencia:

- Motivación para la adopción centrada sobre todo en las necesidades de los adultos
- Expectativas no realistas:

- Idealización del niño(a) y/o de las propias capacidades parentales
- Información insuficiente o inadecuada sobre el adoptado(a)
- Incapacidad para adaptarse a las características y necesidades no previstas o cambiantes del adoptado(a)
- Dificultades de apego hacia el adoptado(a):
 - Por los propios problemas emocionales
 - Por dificultades en la salud mental
 - Por serios problemas en la pareja o con otros hijos(as)
 - Capacidades o habilidades parentales limitadas, sobre todo ante serias dificultades
 - Escaso apoyo social y poca inclinación a pedir ayuda externa

Factores de riesgo en las intervenciones profesionales:

- En la Preadopción

- Valoración de idoneidad superficial y con escasa atención a factores de riesgo
- Formación insuficiente en las sesiones de preparación para los adoptantes
- Errores en la asignación y demasiada distancia entre el proyecto de los adoptantes y la asignación final
- Pobre y escasa información a los adoptantes sobre las características del adoptado(a)

- En la Postadopción

Ausencia o insuficiencia de los servicios de orientación y acompañamiento en la post-adopción:

- Apoyos limitados al momento de la llegada y sin continuidad
- Escasa o inadecuada detección de dificultades iniciales (atención poco frecuente, discontinua, superficial y valoraciones poco profesionales)

- Gran disparidad entre la magnitud de los problemas y la ayuda profesional ofrecida (limitada en ocasiones a dar "buenos consejos")
- Escasa receptividad de adoptantes y adoptados para seguir las orientaciones y pautas de los profesionales
- Poca disponibilidad y escasa calidad y especialización en adopción de los servicios de salud mental (orientación casi exclusiva al manejo de problemas de conducta con escasa atención terapéutica a los trastornos de apego)

Normalmente, la presencia aislada de algunos factores de riesgo no es suficiente para explicar el fracaso, puesto que algunos factores de riesgo pueden quedar inhibidos por la acción de otros factores de protección. Es la acumulación crítica de diversos factores de riesgo, en ausencia de suficientes factores de protección, lo que acaba llevando al fracaso.

Estos serían los elementos de prevención del fracaso en la adopción en los distintos ámbitos:

Por parte del sistema de protección:

- Limitar la exposición a la adversidad (acotar en el tiempo intentos de preservación o reunificación de la familia biológica)
- Drástica reducción de tiempos de espera
- Minimizar institucionalización y cambios de familia
- Mejora de la calidad de los protocolos de preparación para la adopción, valoración de idoneidad y asignación
- Formación de profesionales de la adopción, de la salud mental y de la educación

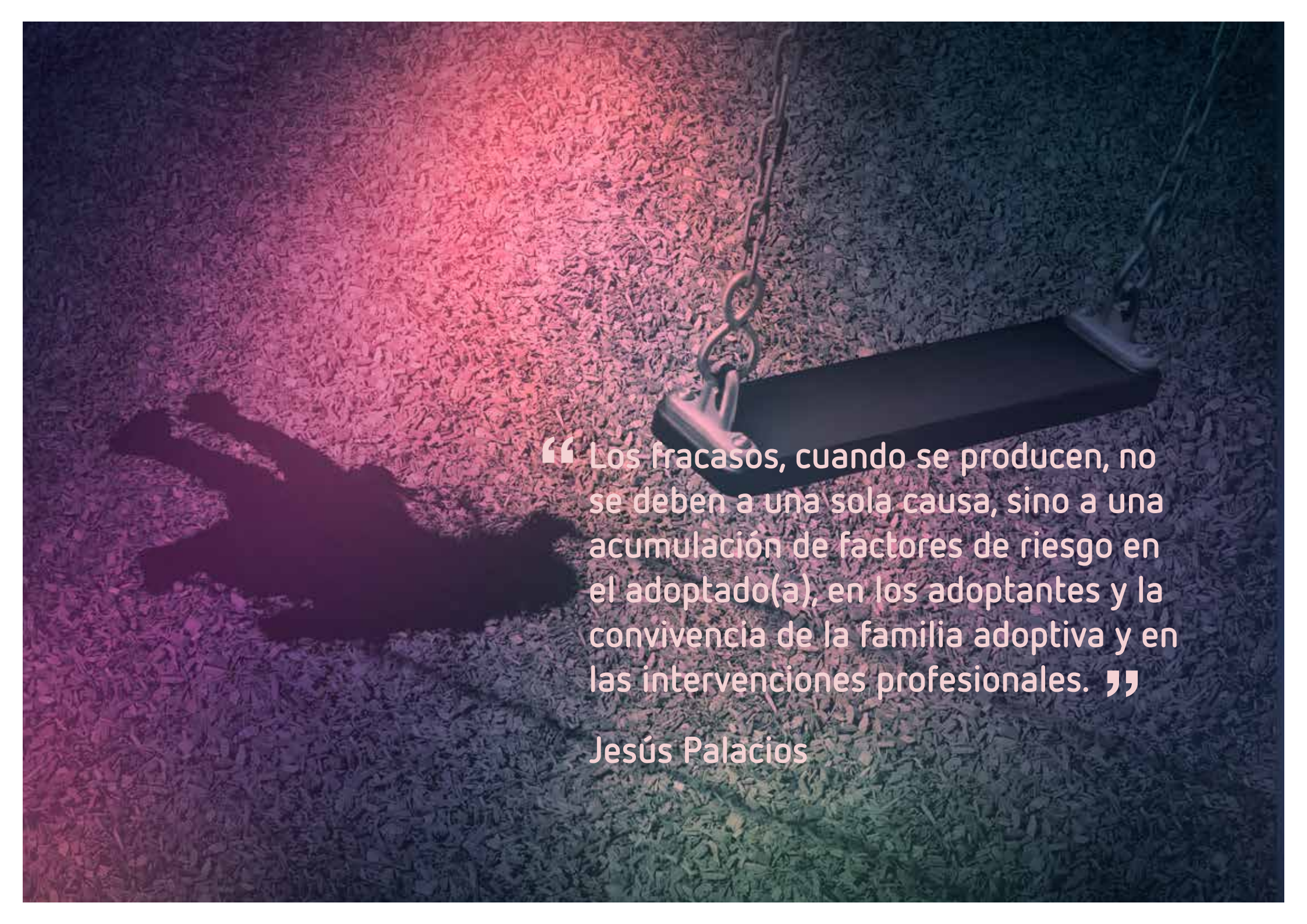
En las prácticas profesionales:

- Mayor conciencia de los problemas y dificultades
- Mejoras para la detección temprana de posibles problemas
- Más continuidad y mejor calidad en los seguimientos (no limitados al periodo inicial si hay indicación de riesgo)

- Apoyos proactivos a las familias
- Creación de "redes terapéuticas" (Perry, 2006): familia, familia extensa, escuela (profesorado, iguales), servicios de salud mental
- Competencia clínica para trabajar con personas adoptadas y familias adoptivas
- Organización del trabajo y especialización
- Formación, trabajo en equipo, supervisión
- Prácticas profesionales reflexivas
- Número de casos limitado, estabilidad profesional

En adoptantes:

- Apertura a intervenciones profesionales con actitudes no defensivas
- Expectativas realistas y conciencia de posibles dificultades
- Capacidad para pedir ayuda ante serios problemas
- Esfuerzos por beneficiarse de intervenciones profesionales



“ Los fracasos, cuando se producen, no se deben a una sola causa, sino a una acumulación de factores de riesgo en el adoptado(a), en los adoptantes y la convivencia de la familia adoptiva y en las intervenciones profesionales. ”

Jesús Palacios

DR. DIEGO FIGUERA ÁLVAREZ

Psiquiatra. Jefe del Hospital de Día Ponzano.
Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

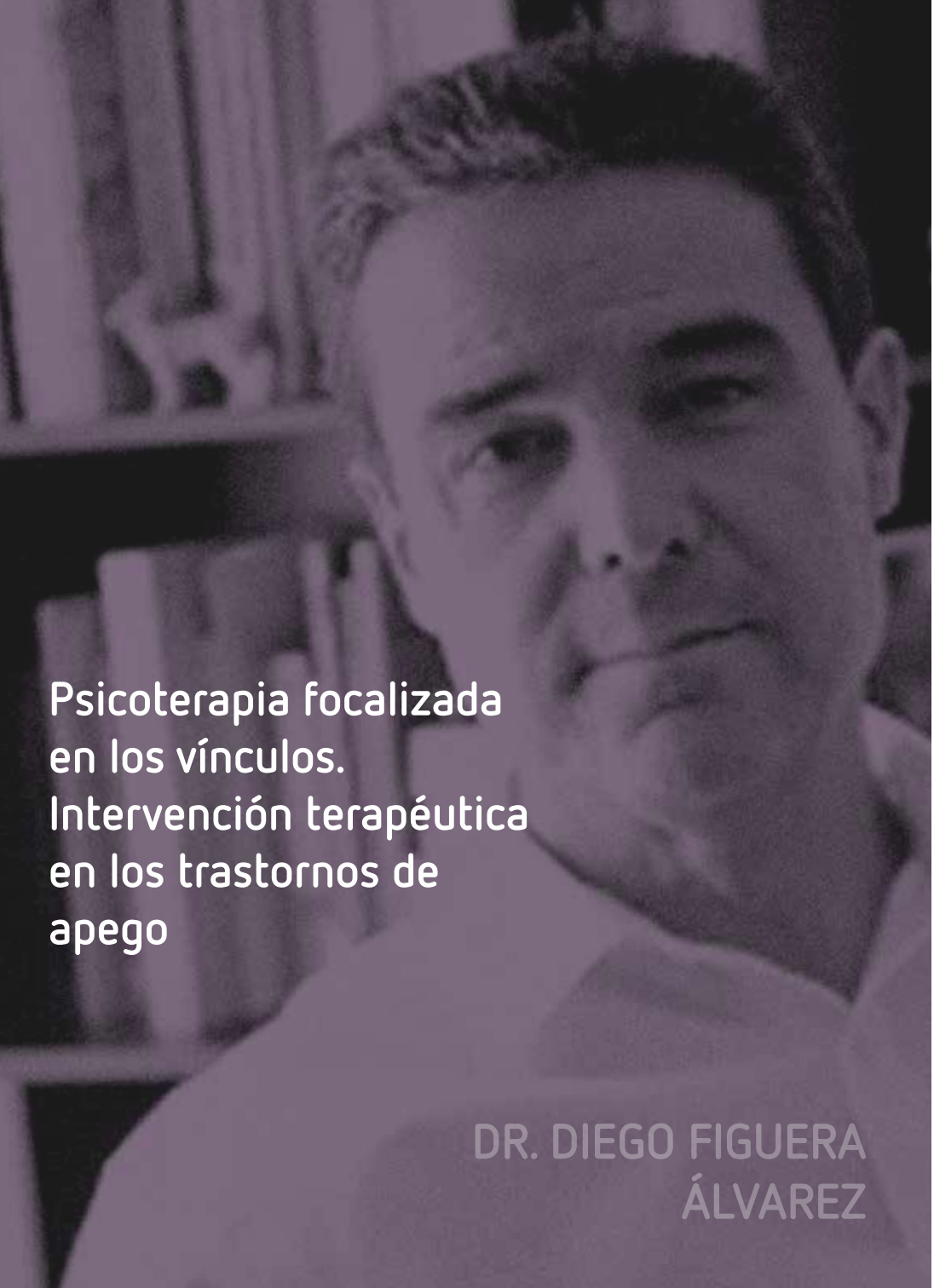
“Todas las teorías que nosotros armamos son bastante limitadas en el momento de encontrarnos con los pacientes, de modo tal que la teoría ordena lo que el paciente desordena, allí hay una frescura muy particular de la situación clínica que se escapa de los bordes de la página del libro”

Fiorini, H. (1999)

El Hospital de día de Ponzano se creó en el 2005 con el objetivo fundamental de la intervención ambulatoria temprana para los trastornos mentales graves. Para ello se propone la creación de una comunidad terapéutica que permite una psicoterapia focalizada en los vínculos y desarrolle actividades terapéuticas variadas, atractivas para pacientes jóvenes, que les ayuden a vincularse entre sí y abiertas a la comunidad (participación en la liga de fútbol, visita de exposiciones, expresión corporal a través del teatro, la música, el baile...) y que se complementan con las terapias individuales y familiares de manera simultánea.

Uno de los mayores problemas de los jóvenes que atendemos es el aislamiento. Estos se han ido aislando por sus dificultades de relación en su medio social provocado en gran medida por sus dificultades de vinculación dentro del ambiente familiar. Y con ellos también a menudo sus familias. Hay que crear las condiciones para atraerlos de nuevo hacia la sociedad.

La media de duración de este tratamiento intensivo es de un año, aunque pueden incorporarse en diversas fases de manera intermitente, contando con un programa de seguimiento, a veces indefinido, para hacer de base segura -básica en el apego- de cada proceso terapéutico. Este seguimiento cuenta, con actividades a los que pueden acudir cuando quieran, como la escuela de familias, los grupos multifamiliares, la cesión de espacios para reuniones entre los jóvenes que permiten continuar creando esa base segura y a la vez autonomía personal.

A portrait of Dr. Diego Figuera Álvarez, a man with short dark hair, looking slightly to the right. The image is overlaid with a semi-transparent purple filter. The text 'Psicoterapia focalizada en los vínculos. Intervención terapéutica en los trastornos de apego' is written in white over the lower part of the portrait.

Psicoterapia focalizada
en los vínculos.
Intervención terapéutica
en los trastornos de
apego

DR. DIEGO FIGUERA
ÁLVAREZ

Se atienden unos 20-25 pacientes al día, que no tienen que venir todas las horas de la jornada, por lo que la atención se puede extender a más pacientes. La media de edad de la población atendida es de 21 años, con bastantes jóvenes de 17 o 18 años. La representación de jóvenes adoptados es de 3-4 cada 100, similar a la de jóvenes que han estado en familias acogedoras. Pero no distinguimos en el tratamiento los chicos que son adoptados de los que no, porque observamos que hay más similitudes entre unos y otros por aspectos de sufrimiento humano que diferencias derivadas de la adopción. Entre la población atendida hay gran variedad cultural pudiendo estar representadas hasta 10 nacionalidades distintas a la vez.

La teoría se ilumina siempre entre la evidencia y la experiencia. Es importante compartir el modelo o paradigma que orienta nuestro trabajo con las familias y usuarios, porque así se impregnan también de él y lo podemos discutir haciéndolo de todos, con lo que su eficacia es mucho mayor. Al cabo del tiempo asumen nuestro paradigma si tienen una relación de base segura con nosotros, adquieren nuestro lenguaje y nosotros el suyo porque el paradigma opera como un guión invisible.

Cuando trabajamos en Ponzano, como los componentes del equipo vienen de modelos distintos de formación como las terapias cognitivo conductuales, el psicoanálisis, las terapias relacionales o la terapia ocupacional, etc., tenemos que ir viendo cómo hacer una sinergia porque, si no, va a ser motivo de tensiones o dificultades y así los equipos tienden a ser ineficaces.

Nuestro modelo de base inevitablemente hoy en día es el del Pensamiento Complejo del filósofo Edgar Morin, que contempla el objeto de estudio "como un sistema/organización unido al sujeto y su entorno, teniendo en cuenta la multidimensionalidad de los seres y de las cosas. Que trabaja/dialoga con la incertidumbre, con lo irracional..." y para el que "el conocimiento no es una latitud fija, sino una travesía de descubrimientos infinitos... marcados por un cierto grado de desorden permanente y de imprevisibilidad..." Y todo ello orientado desde un enfoque interdisciplinario y holístico.

Por tanto, en nuestra forma de entender la psicología y la psicoterapia manejamos siguiendo a Fiorini, sistemas abiertos en un interjuego permanente que incorporan cambios desde el exterior, sistemas que intercambian con su entorno. La subjetividad y la

intersubjetividad han venido para quedarse y ya no podemos trabajar en una objetividad permanente, ni falta que hace.

La subjetividad es clave para entender un acontecimiento vivido y es la base para trabajar el "momento presente" en psicoterapia en términos de Stern. De ahí la importancia de los encuentros de vinculación, para poder comprender que lo que uno entiende y siente en cada momento con el otro, tiene que ver también con nuestra propia vida, a veces por transmisión transgeneracional y que lo tenemos que poner en común y saber dialogar o reflexionar genuinamente. Y eso lleva tiempo, lleva tiempo establecer una relación de vinculación afectiva potente para que se pueda parecer la psicoterapia a una relación de apego y así poder transformar al paciente y su familia.

Y de la importancia de la subjetividad individual, a la intersubjetividad, esa interioridad compartida, que tiene una base innata como sistema motivacional humano, independiente del apego, y que sirve para poder estar en sociedad y nos permite la comunicación y la crianza cooperativa. Como especie ultrasocial, estamos destinados inevitablemente a estar con los demás. Por eso el apego trasciende el núcleo familiar y tiene que ver también con sentirnos parte de una comunidad. El desarrollo del apego, diseñado para la supervivencia, y la intersubjetividad, para la comunicación y la cooperación avanzada, están íntimamente ligados y coevolucionaron.

La comunicación intersubjetiva no es sólo verbal, se expresa también mediante el lenguaje corporal, en la "manera-de-estar-con" como estudió Stern. De ahí la importancia de incorporar las terapias corporales, porque forman parte del sistema motivacional y porque la mente no está sólo en el cerebro, está también en el cuerpo.

Tenemos que ir siempre hacia modelos integrales: Con las familias trabajamos el concepto de vulnerabilidad y stress complejos definiendo los diversos factores de protección y riesgo en cada caso, para que sean conscientes de que nada es fácil. Si a un adolescente con el tratamiento le fortalecemos su personalidad, deja de consumir tóxicos y disminuye su marginalidad social mejorando su integración en el instituto, también vamos a observar que cambia la expresión de sus crisis, o que el fármaco antipsicótico va a funcionar de manera distinta en función de lo que ocurre en su entorno.

La interdisciplinariedad es también fundamental. Todo esto no puede hacerlo uno solo. El equipo ha de ser multidisciplinar: psiquiatras, psicólogos, médicos, enfermeras, terapeutas ocupacionales, maestros, etc. trabajando en interacción permanente y con efecto sinérgico.

Focalizamos nuestra psicoterapia en los vínculos porque las terapias se iluminan desde lo vincular dentro de una perspectiva del desarrollo. A partir de aquí podemos ir tomando ideas de otros modelos y disciplinas para implementar nuevas terapias que nos ayuden a mejorar la intervención y estar permanentemente en marcha hacia la mejoría de la funcionalidad y la autonomía del paciente.

No se puede trabajar en adopción, en trastorno mental, sin ver a la familia, o sólo escuchando su relato, hay que transformar sus marcos mentales relacionales (especialmente en adopción). Nuestro trabajo más pionero es conseguir que esas familias vengan a Ponzano, estar con ellas para crear nuevas vinculaciones más sanas, iluminadas desde la teoría del apego, que les permita comprender y encontrar un lugar más autónomo como familia en su sociedad, en el aquí y el ahora. Las familias para ello, están viniendo a terapia una media de 4 horas semanales con diferentes tipos de intervenciones, en contextos de grupo multifamiliar, escuela de familias, terapia familiar o individual, grupos de ayuda mutua, etc., en encuadres múltiples simultáneos.

La teoría del apego nos ilumina desde esta perspectiva del pensamiento complejo, porque el apego es algo muy complejo que está implícito en las conductas, los modelos operativos y la teoría de la mente. Pero es un aporte teórico más, entre otros. No podemos limitarnos únicamente a una terapia del apego, que nos servirá al principio para sintonizar con nuestros pacientes que han vivido situaciones graves de peligro e inseguridad, pero hay otras terapias basadas en otros sistemas motivacionales que se activan también en el individuo. Se trata de implementar terapias adaptadas a las diversas necesidades, como nos enseñan en los países nórdicos.

El trauma altera la función reflexiva o mentalización como señala Fonagy, de manera evidente y aflora en diversas patologías graves, pero lo importante es que nos va a iluminar como un déficit con el que podemos trabajar.

La psiquiatría trabaja con síntomas y los síntomas sólo muestran una pequeña parte de lo que se ve, que normalmente es conductual, pero no nos ilumina todo. Para los síntomas

damos la pastilla, pero el síntoma está influido o condicionado por todo lo demás que está interconectado: la personalidad en la adolescencia, el fracaso escolar, el consumo de tóxicos, la pobreza, apegos inseguros, herencia, trauma, todo está interrelacionado y el tratamiento solo orientado al síntoma se nos queda siempre corto, es reduccionista.

Al estar neurobiológica y socialmente equipados para los apegos hacia la seguridad, la gente, por lo general, va mejorando, pero se necesita mucho tiempo. Todos los tipos de abordaje complejos necesitan tiempo. En Ponzano hemos conseguido tiempo (un año de media), sin que se bloquee la unidad, sacando a la gente a la calle, trabajando muy bien la red (van a las miniresidencias, a los pisos supervisados, al centro de salud mental...), trabajando en encuadres múltiples simultáneos, tratando de que haya una fluidez y de que ellos mismos se den cuenta de que hay que dejar paso a otros chicos que están peor. Esto ha supuesto que tengamos un abandono mínimo, del 10%, que el 80% de los pacientes vuelvan a incorporarse a la comunidad, aunque un 20% requiere continuar un trabajo terapéutico posterior y que hayamos conseguido reducir el tratamiento con fármacos. Las recaídas han disminuido en número y días de ingreso de forma progresiva. Poco a poco vemos que este sistema complejo, en el que estamos trabajando 10 profesionales (y 5 residentes en formación), es rentable también para la sociedad. No todo se puede tratar en el hospital de día, por supuesto, pero nuestro trabajo, nuestra evidencia, supone una herramienta más.

DRA. DOLORES MOSQUERA BARRA


Psicóloga y psicoterapeuta. Directora
Instituto INTRA-TP, A Coruña.

Las experiencias adversas a edades tempranas dificultan el desarrollo del adulto. Una experiencia traumática será más fácil de superar cuando exista apego seguro, ya que el apego inseguro y el desorganizado interfieren en el trabajo de superación del trauma.

Los traumas ocurridos en la niñez son más perjudiciales para la salud mental que aquellos que ocurren en fases posteriores de la vida. En el caso de los niños su desarrollo cerebral aún no se ha completado, lo que los hace más vulnerables ante los acontecimientos negativos y por tanto menos capaces de organizar coherentemente sus respuestas ante estos, afectando estas experiencias de forma fisiológica al desarrollo cerebral. Durante la niñez muchas de las amenazas percibidas están relacionadas con la falta de disponibilidad o atención emocional de las figuras de referencia principales.

El concepto de trauma va más allá del maltrato físico o sexual, es mucho más amplio y, en ocasiones, mucho más sutil. Los traumas "ocultos" pueden generar tantos o más problemas que los traumas evidentes. Las consecuencias más complejas se dan cuando el trauma está relacionado con el apego.

Podemos distinguir entre maltrato o abuso evidente: maltrato físico, sexual, negligencia severa en el cuidado, humillaciones y/o acoso escolar; maltrato y abuso sutil: negligencia emocional, negligencia variable (el cuidador está disponible en unos momentos pero en otros no), inconsistencia (ausencia de previsibilidad) y abuso encubierto: ausencia de límites sanos (lo que puede llevar a la persona a no conocer sus propios límites y no respetar los del otro), inversión de roles (niños que cuidan a adultos, desarrollando de adultos una complacencia hacia los otros insana), "enmeshment" (falta de diferenciación entre yo y los demás, entre lo que está en mi interior



Los efectos de sentirse invisible. Como trabajar con problemas de apego temprano y negligencia extrema

DRA. DOLORES
MOSQUERA BARRA

y lo que ocurre en el exterior) y sobreprotección (lo que puede producir una incapacidad en el adulto de manejar él solo los problemas o tolerar la frustración)..., todo esto va a provocar muchas dificultades en el niño en desarrollo y serios problemas de personalidad y relacionales en el adulto: problemas en la autorregulación emocional, dificultades en el autocuidado, dificultades para protegerse (marcar límites propios y respetar los ajenos), problemas relacionados con la identidad (falta de integración, confusión, invisibilidad), fragmentación y conflicto interno...

Conclusiones tras la presentación de varios casos clínicos de personas que han sufrido abusos graves: se observa cómo tras el abuso, las peores consecuencias no se derivan del propio hecho sino de lo ocurrido "alrededor", de las reacciones de los demás ante la información de lo sucedido (culpabilidad, desprotección, falta de seguridad...)

De un estudio con 84 pacientes con trastorno de personalidad, las situaciones que los pacientes describían haber vivido con mayor frecuencia eran: no se hablaba de los sentimientos abiertamente/ de niño nadie me entendía/ sentimientos de inseguridad en la infancia/ gritos en el hogar/ apenas había risas en el hogar/ ocurrían tantas cosas que yo intentaba ser invisible/ sensación de que mis preocupaciones personales no importaban en la familia/ hiciera lo que hiciera nunca era suficiente/ progenitores ausentes emocionalmente/ progenitor violento-agresivo/ falta de refuerzo positivo/ humillación-ridiculización-insultos/ alguien en mi familia me contaba sus problemas cuando era niño/ abuso sexual/ algún tipo de amnesia entre los 5 y los 15 años/ sobreprotección.

Vivir estas circunstancias durante la infancia lleva a grandes dificultades en el autocuidado, los pacientes adultos se siguen viendo desde la mirada de sus cuidadores, que no les pudieron enseñar un cuidado sano ni su valor como personas, temas principales en el trabajo terapéutico con estos pacientes. Los estudios neurobiológicos del desarrollo que analizan las capacidades de autorregulación, muestran que la resiliencia del individuo depende en un grado importante de las experiencias tempranas de apego. Cuando además de trauma evidente hay también negligencia en el cuidado, los sistemas de apego y de conexión social están dañados y el trabajo terapéutico ha de orientarse a repararlos. El trabajo relacional debe desarrollarse en paralelo al trabajo con el trauma

La negligencia emocional acarrea como consecuencia que la persona aprenda a ignorar sus propias emociones y necesidades, lo que está directamente relacionado con el sentimiento de invisibilidad que aparece frecuentemente en los trastornos de personalidad. La invisibilidad puede tener efectos protectores en determinadas situaciones, pero en otros casos puede tener efectos devastadores. La realidad es que todos los seres humanos necesitamos de los demás para crecer y sentir que existimos. El desarrollo de la personalidad y de la identidad de los seres humanos depende de la perspectiva y del tipo de cuidados que recibimos de niños.. La "falta de..." pasa muchas veces desapercibida en la historia del paciente, eclipsada por acontecimientos aparentemente mucho más inquietantes. Pero es uno de los aspectos nucleares a trabajar con algunos pacientes. Desde la perspectiva clínica, la falta de sintonía emocional va a tener consecuencias negativas.

Observamos diferentes facetas en la invisibilidad: cuando no eres visto por los demás (la nada), cuando lo que te han hecho no es visto por los demás, cuando intentas no ser visto porque es peligroso, cuando intentas no ser visto porque los demás están agobiados o desbordados. Todos estos tipos de invisibilidad van a provocar problemas en la autorregulación, en la capacidad para pedir ayuda, en la capacidad de conectar con uno mismo y con los demás (provocando actitudes defensivas o actitudes autosuficientes), problemas en el autocuidado (porque mis necesidades no son importantes), con los límites (tolero cualquier cosa con tal de ser visto), y problemas de identidad.

También aparece en muchos pacientes un profundo sentimiento de vacío, conectado a la falta de sintonía emocional, a la invisibilidad en la infancia. Cuando una persona necesita de los demás para llenar ese vacío, se sitúa en una situación muy vulnerable porque está dependiendo de factores externos constantemente para estar bien.

Los cuidadores son el espejo en el que los niños ven la imagen de quienes son, de quienes serán, en las situaciones de invisibilidad lo que ocurre es que o bien no hay nada en el espejo o lo que está en el espejo no tiene nada que ver con ellos.

Para trabajar el sentimiento de vacío con el paciente hay que explorar preguntando por las primeras y diversas situaciones en las que experimentó ese sentimiento, cuándo se acentúa más la sensación, qué emociones, pensamientos y sensaciones físicas la acompañan... En cuanto a la invisibilidad es importante saber cuándo y cómo empezó la sensación de ser invisible, cuando el paciente dice "desde siempre" buscamos el momento de

mayor impacto, el momento en que toma conciencia de su invisibilidad. Será fundamental explorar también cuándo ha tenido la sensación opuesta, la de sentirse visto (explorando si se trataba de una relación sana o si existe una defensa de idealización). También exploramos factores desencadenantes y las reacciones de manejo del paciente...El vacío se va disipando a medida que las personas pueden ver y aceptar lo que son y ya no necesitan llenarlo con otras cosas y cuando pueden ver y aceptar aquellas partes de sí mismas que nunca fueron vistas o aceptadas.

Por encima de diagnósticos y tratamientos lo fundamental es la persona, el niño, el adulto, qué le está funcionando, qué no, qué necesidades concretas tiene, qué tiene que cambiar, qué hemos de adaptar, qué podemos hacer para que vaya mejor.



DRA. IOLANDA BATALLA LLORDÉ

Psiquiatra, Hospital Universitario de Santa María de Lleida, Profesora asociada Universidad de Lleida. Investigadora del Instituto de investigación biomédica de Lleida (IRBLleida).

El padre de la actual teoría del apego, el psiquiatra J. Bowlby, ya presentó en los años 40 un Estudio cuyas cifras eran reveladoras: de 14 jóvenes delinquentes con diagnóstico de trastornos emocionales severos, 12 habían sido separados de sus madres a edades tempranas.

La definición actual de psicopatía se basa en la realizada por el psiquiatra H. Cleckley (1941): “un constructo caracterizado por síntomas de desapego emocional y una tendencia a la conducta desinhibida e impulsiva, combinado con insensibilidad y falta de “insight” del impacto que puede tener esta conducta en los demás”

El instrumento más fiable para la valoración y diagnóstico de la psicopatía es The Hare Psychopathy Checklist Revised (Hare R. (1991) (2003)). Este instrumento nos permite diferenciar entre psicopatía y trastorno antisocial de la personalidad. Otros instrumentos se centran básicamente en conductas, mientras que el de R. Hare, además de permitir la valoración de los trastornos de conducta y del trastorno antisocial de la personalidad (actos delictivos, baja tolerancia a la frustración, abuso de sustancias, impulsividad, comportamiento criminal...) se centra también en toda la parte afectiva del trastorno, por lo que permite diagnosticar la alteración emocional (personas frías, superficiales, egoístas, manipuladoras, mentirosas, con falta de empatía...). Y esto es sumamente importante, porque la alteración emocional es básica en el origen de las manifestaciones conductuales de los psicópatas.

Es básica la intervención cuando se observan trastornos emocionales en la infancia o la adolescencia, puesto que va a ser clave para prevenir el desarrollo de un trastorno psicopático posterior.

Psicopatía y apego

DRA. IOLANDA
BATALLA LLORDÉ

Hoy en día se observa también la teoría de que la psicopatía pueda ser un trastorno del neurodesarrollo (influencias genéticas, junto con alteraciones hormonales, que pueden provocar alteraciones en el sistema límbico y del córtex prefrontal, lo que puede comportar alteraciones cognitivas (funciones ejecutivas y atencionales) y neurofisiológicas (entre ellas, la alteración en el condicionamiento del miedo). Estas alteraciones pueden provocar dificultades en el proceso de socialización (como conductas agresivas y antisociales). Sin olvidar, por supuesto, que no podemos descartar la influencia de factores ambientales, previos y posteriores al parto.

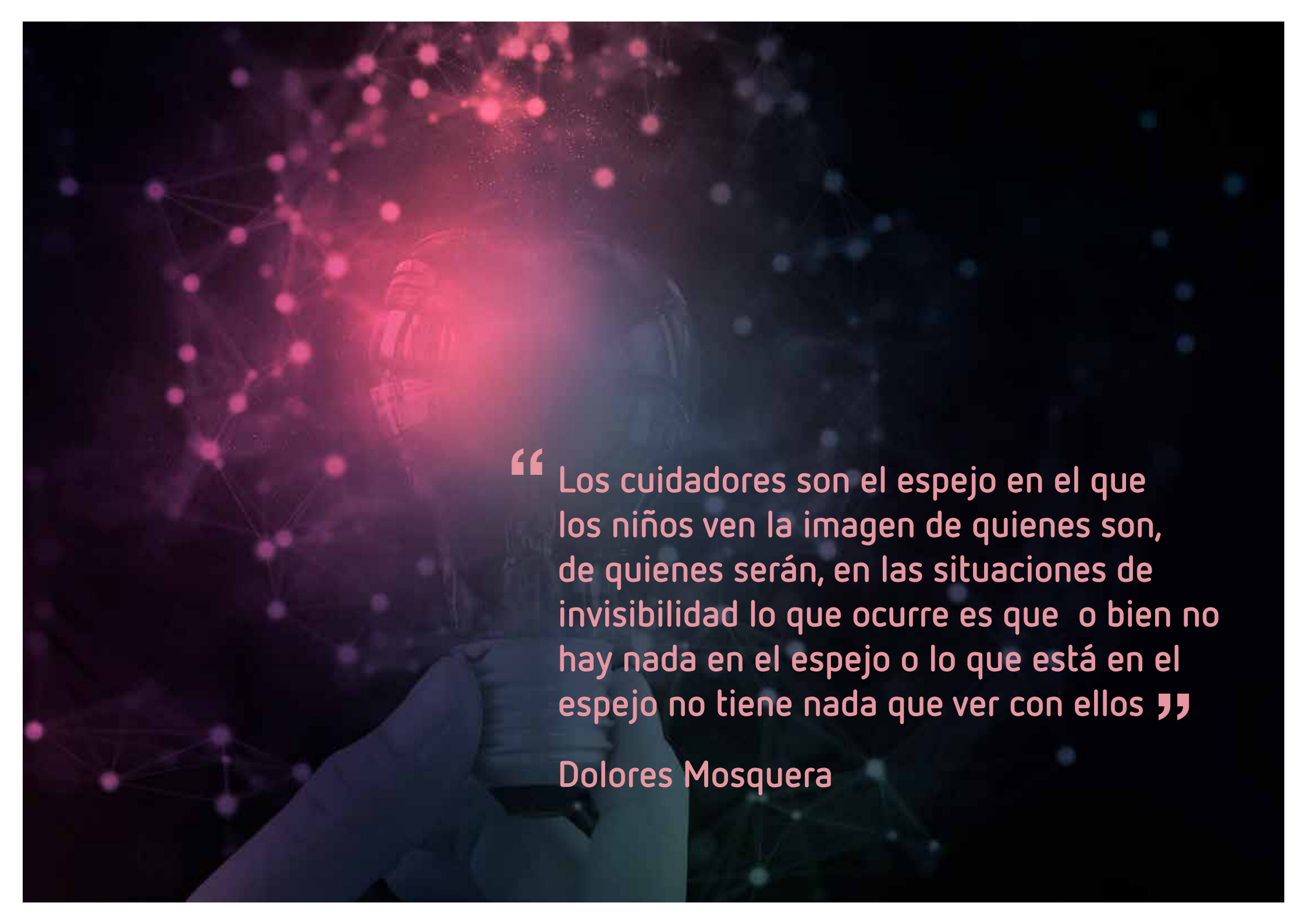
Existen diferentes estudios que intentan relacionar la psicopatía y el apego. Destacamos un estudio de Conradi y cols. (2015) realizado con una muestra de 1.074 estudiantes, que revela una relación entre psicopatía y apego inseguro. Se observa también una asociación negativa de la dimensión dureza-insensibilidad con apego ansioso por lo que podría estar más relacionada con la herencia. También se observa una asociación positiva de la dimensión grandiosidad - manipulación e impulsivo – irresponsable con apego ansioso, por lo que podrían estar más relacionadas con estilos parentales negligentes y abusivos. Estos resultados no permiten pensar que las intervenciones precoces podrían disminuir la aparición de estas dimensiones.

Otros resultados derivados de estudios sobre psicopatía herencia y ambiente en personas adoptadas presentan resultados interesantes en relación a la importancia de los factores protectores ambientales para poder contrarrestar el riesgo hereditario del trastorno. Podríamos destacar los siguientes resultados:

- Tener un padre biológico delincuente se relaciona con rasgos de personalidad psicopática en varones adoptados (aumenta las probabilidades de puntuar en psicopatía entre un 4,3 y un 8,5), pero no en mujeres adoptadas (Beaver y cols., 2011). En cambio, tener una madre biológica delincuente no se asocia con rasgos de personalidad psicopática en personas adoptadas
- La conducta antisocial de la madre biológica predice las conductas DIA (Dureza Insensibilidad Afectiva) tempranas. El refuerzo positivo de la madre adoptiva protege, sin embargo, de estas conductas tempranas. De lo que se deriva que una buena crianza disminuye el riesgo de aparición de estas conductas y previene su evolución a conductas antisociales (Hyde y cols., 2016).

También la importancia del ambiente se refleja en el Modelo de Susceptibilidad diferencial (Hygen y cols., 2015; Rioux y cols., 2016) según el cual los individuos vulnerables expuestos a entornos adversos presentan resultados más negativos que los no vulnerables, pero en entornos positivos los individuos vulnerables obtienen resultados más positivos que los no vulnerables.

Como conclusión, un mensaje de optimismo: la heredabilidad no es el destino. Aunque las conductas relacionadas con rasgos DIA son heredables y pueden evolucionar hacia conductas antisociales, las estrategias de crianza positiva (positive parenting) pueden alterar esta evolución.



“ Los cuidadores son el espejo en el que los niños ven la imagen de quienes son, de quienes serán, en las situaciones de invisibilidad lo que ocurre es que o bien no hay nada en el espejo o lo que está en el espejo no tiene nada que ver con ellos ”

Dolores Mosquera

DRA. GEMMA OCHANDO PERALES

Pediatra. Unidad del Niño Internacional.
Hospital la Fe, Valencia.


En las dos últimas décadas se han adoptado en España más de 50.000 niños procedentes de la adopción internacional. ¿Qué situaciones de adversidad pueden haber vivido y a qué retos se enfrentan estos niños? Antes de la adopción han podido vivir situaciones adversas como gestación de riesgo, institucionalización, escasa estimulación, deprivación afectiva, maltrato, etc., y a su llegada a la familia adoptiva y a lo largo de su desarrollo han tenido y van a tener que afrontar retos importantes: adaptación –a la nueva familia, cultura, sociedad, idioma, costumbres...- , vinculación, aceptación y superación del abandono, aceptación de los elementos complejos de su realidad e identidad... Los padres adoptivos van a tener que responder y ayudar en todo esto.

¿Existe una mayor prevalencia de psicopatología entre los niños y adolescentes adoptados? Según el Estudio de Margaret Dejong (2016), en un 76'4% de esta población aparecía al menos un rasgo para el diagnóstico de problemas de salud mental o del neurodesarrollo. Menos de la mitad de ellos habían recibido un diagnóstico previo y sólo una minoría contaba con servicios de atención adecuados.

¿Qué tipo de trastornos encontramos con mayor frecuencia entre los niños adoptados? TDAH, Trastornos de conducta, Ansiedad y Depresión, Trastornos del vínculo, Síndrome Alcohólico Fetal, Trastornos de aprendizaje, Trastornos del lenguaje, y otros (secuelas neuropsicológicas, problemas neurosensoriales no detectados).

El TDAH, el SAF y los trastornos de apego pueden presentar síntomas similares (problemas de atención, memoria, aprendizaje, trastorno conducta, hiperactividad, impulsividad), lo que dificulta en ocasiones un correcto diagnóstico.

Salud mental en niños adoptados: ¿Que podemos hacer?

A close-up portrait of Dra. Gemma Ochando Perales, a woman with dark hair, looking directly at the camera with a slight smile. The image is overlaid with a semi-transparent purple filter.

DRA. GEMMA
OCHANDO PERALES

El apego o el vínculo, como lazo afectivo que emerge entre dos personas y que genera un marco de confianza en el otro y en la vida, en un contexto de comunicación y desarrollo, es fundamental. La seguridad personal y emocional que procura es lo que permite al niño explorar, salir fuera, confiar en los otros, construir su identidad, progresar.

Síntomas que relatan las familias reveladores del trastorno de apego:

- Evitación de contacto ocular
- Miedo, rigidez o rechazo ante contacto físico
- Ansiedad en momentos de separación
- Conductas de mecimiento o golpeteo
- Falta de afecto o afecto indiscriminado
- Inquietud motora, impulsividad, falta de autocontrol
- Síntomas somáticos (alteración sueño, enuresis, trastornos de alimentación)

Dificultad en:

- Asimilar normas, cumplir obligaciones u obedecer
- Adaptarse a cambios, escasa flexibilidad
- Persistir en la acción
- Sentirse como los demás (autoestima)
- Control de deseos y tolerancia de frustración
- Adquisición del lenguaje

Síntomas que relatan los profesores reveladores del trastorno de apego:

- Dificultades en lenguaje complejo (abstracto, multisequencial, conceptos, hipótesis)
- Problemas de relación y confianza

- Falta de empatía
- Conductas agresivas
- Hiperactividad, dificultad en atención.
- Dificultad para aceptar límites y autoridad
- Negativismos, desobediencia o rebeldía, conductas retadoras
- Retrasos en el aprendizaje
- Falta de motivación e interés
- Dificultad en comprensión (proporciones, matices, sentimientos)
- Falta de razonamiento causa-efecto

El trastorno de apego puede comportar una autoestima muy baja (el niño no se cree importante para nadie) y fuertes sentimientos de inseguridad y soledad. La prioridad cuando llega a la familia adoptiva es darle seguridad, por ejemplo estableciendo rutinas, trabajar los vínculos, trabajar su autoestima, transmitirle aceptación, de él y de su pasado y evitarle la sobreestimulación. A menudo el niño se esfuerza, pero no siempre consigue demostrar sus capacidades. Su maduración es más lenta debido a la carencia de estimulación que ha tenido en sus primeros años de vida. Establece expectativas negativas en la relación con el adulto –porque los adultos que ha conocido no lo han cuidado- y consigo mismo –porque no se cree digno de ser cuidado-. La desconfianza, el rechazo o la evitación han sido, y en consecuencia son, sus conductas aprendidas de supervivencia que, sin embargo, se convierten en conductas inadecuadas cuando de pronto está en un ambiente adecuado.

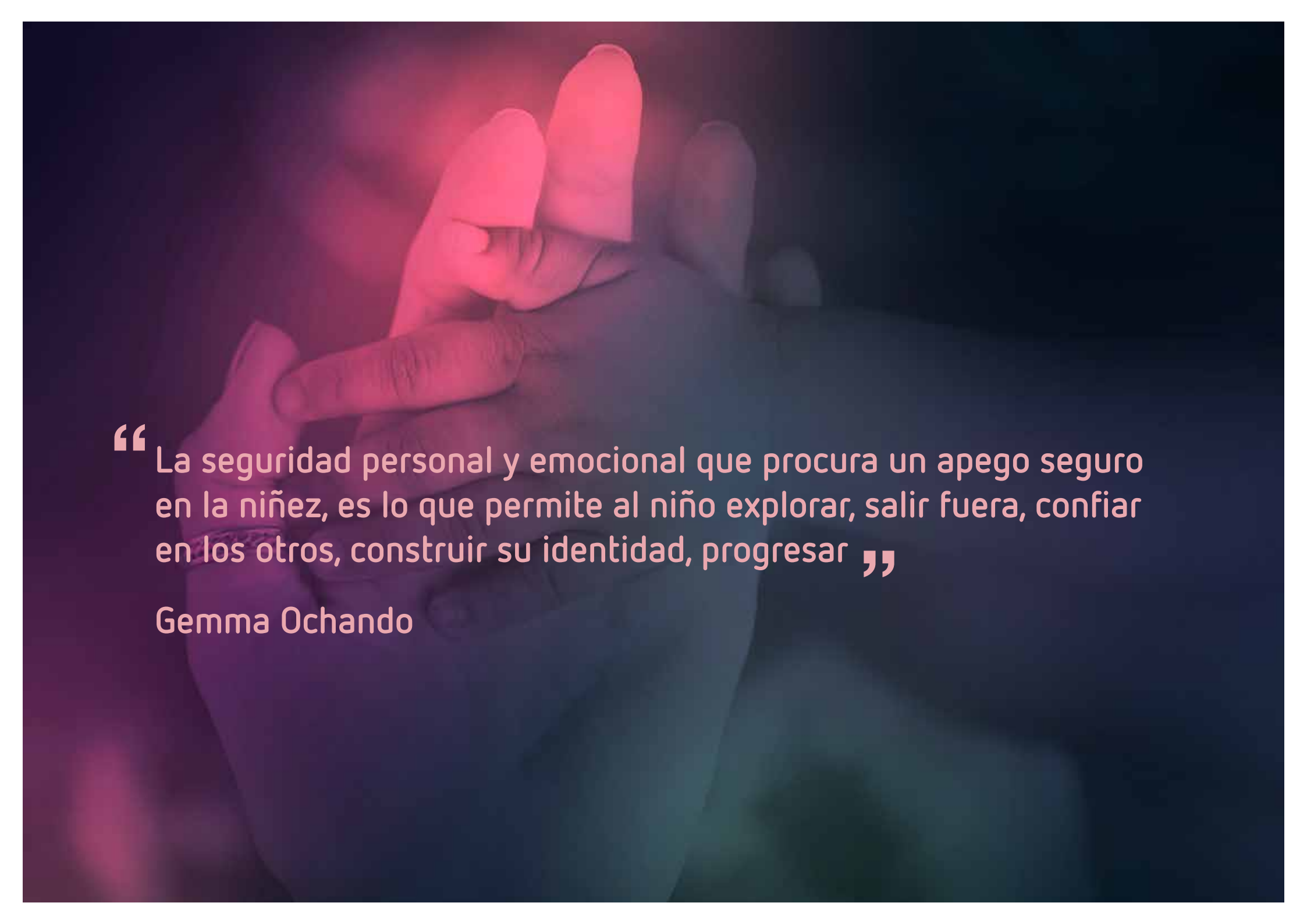
El objetivo fundamental en la familia adoptiva debe ser, en un principio, crear un ambiente estable que permita al niño utilizar al máximo sus recursos, primando los lazos afectivos y sociales al logro académico.

Para ayudar al niño hay que partir de un diagnóstico adecuado y establecer un tratamiento, una terapia, que nos permita llegar al niño concreto y conectar con él. Por ello, para reparar y crear un vínculo seguro, el estilo educativo de la familia va a ser fundamental. Además se recomienda:

SALUD MENTAL EN NIÑOS ADOPTADOS: ¿QUE PODEMOS HACER?

- Ajustar las expectativas de los padres al hijo real, aceptándolo con lo que él es, y del hijo hacia los padres.
- Aceptar sus limitaciones y ayudarle a aceptarlas
- Valorar y elogiar sus logros
- Aceptar y comprender la diferencia
- Aceptar e informar, de modo transparente, sobre su historia de vida, orígenes y adopción.





“ La seguridad personal y emocional que procura un apego seguro en la niñez, es lo que permite al niño explorar, salir fuera, confiar en los otros, construir su identidad, progresar ”

Gemma Ochando

DR. VICENTE RUBIO LARROSA

Psiquiatra, Jefe de Servicio Psiquiatría. Sector
Zaragoza

La adopción no es un problema, la adopción es, casi siempre, la solución. Serán las experiencias anteriores (más o menos dañinas para el desarrollo) y la dinámica de la familia adoptiva (dinámica familiar más o menos capaz de atender las necesidades del hijo) lo que va a condicionar la posible aparición de rasgos patológicos en el niño/a adoptado.

En un estudio sobre la influencia en el desarrollo de las carencias afectivas y de estimulación en la primera infancia (V. Rubio, 1985) se llegó a la conclusión de que dichas carencias comportaban graves consecuencias en el desarrollo psicomotor posterior. Tras comparar poblaciones de niños que vivían institucionalizados –sin programa de estimulación/ con programa de estimulación/ y con programa de estimulación intenso- con niños que vivían con sus familias y niños que vivían con sus familias e iban a la guardería, la conclusión determinante fue que **la estimulación precoz, siendo beneficiosa para el desarrollo del niño, no puede sustituir de ninguna manera a la estimulación afectiva del entorno familiar.** Entre otras conclusiones se apreció también que:

- La institucionalización en las primeras etapas de la vida conlleva nefastas consecuencias para el desarrollo psicomotor de los niños.
- El lenguaje es el área más gravemente afectada en los niños institucionalizados, con todo lo que ello supone en el posterior déficit de aprendizaje y sus secuelas en el rendimiento escolar.
- La introducción de programas de estimulación precoz en la institución es un sistema eficaz de reeducación de las alteraciones psicomotoras derivadas

Abandono y psicopatología; la indefensión y sus repercusiones

A portrait of Dr. Vicente Rubio Larrosa, an older man with white hair, wearing a dark polo shirt with an Adidas logo. He is looking slightly to the left with a serious expression. The background is a blurred bookshelf.

DR. VICENTE RUBIO
LARROSA

de las carencias afectivas. A mayor estimulación mejor desarrollo del niño (a nivel psicomotor, sociabilidad, etc.).

- Los niveles de ansiedad y sintomatología de carencia afectiva son mayores en los niños institucionalizados, incluso en el grupo de niños que han sido tratados mediante estimulación, si bien en estos últimos dicha sintomatología es menor
- Entre la población que vive con sus familias, se concluye que las guarderías, antes de los nueve meses, no son especialmente recomendables para el niño. Por el contrario, pasados los primeros nueve meses, los niños que acuden a la guardería superan en desarrollo a los niños que permanecen en el hogar.

Conclusiones del Estudio sobre pacientes adoptados, en tratamiento en la UTP del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza (Total pacientes atendidos desde 2002, 696, de ellos 74 (11%) son personas adoptadas).

Perfil de estos pacientes: 70% mujeres, 30 % hombres. 80 % adoptados con posterioridad a los 5 años de vida. 75% desconoce antecedentes de la familia biológica, el resto con antecedentes psicopatológicos. Procedencia: Europa del Este: 28 América Latina: 22 España: 10 India: 6 Sáhara: 3 África Subsahariana: 3 Portugal: 2

100% con diagnóstico de TLP asociado a TCA, inestabilidad emocional, impulsividad, autolesiones, consumos de alcohol y tóxicos, promiscuidad sexual.

25% remisión de la sintomatología y aceptable adaptación social. 14 pacientes (19%), adoptados con más de 8 años y con vivencias muy traumáticas en instituciones o familias de origen, presentan tremendas conductas disruptivas (de riesgo, autolesión, amoralidad, promiscuidad sexual, fugas, marginalidad...), progresos terapéuticos mínimos e inoperancia de los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos. Son personas rendidas. Diagnóstico: Indefensión Aprendida (IA), la respuesta psicopatológica más grave.

Cuando una persona está sometida a situaciones adversas repetidas, acaba perdiendo su capacidad de reacción. Esto es la Indefensión Aprendida.

Bernard Weiner puso en consideración la influencia de la interpretación y la percepción del individuo sobre lo que le sucede, en el desarrollo de la Indefensión y la forma de afron-

tarla. La Indefensión aprendida se ha estudiado en poblaciones en cautividad, tráfico de personas, niños en abandono, pobreza hostil mantenida, catástrofes, refugiados, hijos de familias muy autoritarias, poblaciones en regímenes tiránicos, personas en situación de explotación y más recientemente en situaciones de acoso escolar y violencia de género. Conceptos y teorías como resiliencia, mentalización y teoría de la mente se orientan hoy en día al estudio y tratamiento de la Indefensión.

La adopción es un proceso bidireccional de integración. Si ante las dificultades importantes de un hijo (especialmente vulnerable por experiencias anteriores muy negativas), la familia reacciona con extrañeza, hundimiento, dolor, no aceptación, incapacidad de adecuar sus expectativas al hijo real..., aumentarán los mecanismos de defensa en el hijo, produciéndose una serie de reacciones en cadena y una espiral de aumento de las tensiones y discusiones.

Son necesarias familias en las que se puedan expresar los sentimientos negativos, dolorosos, sin ser negados o ignorados, porque es la única manera de poder afrontar dificultades y de tener una actitud resiliente que nos ayude a seguir sosteniendo y a avanzar.

OLGA LÁZARO


Psicopedagoga

Cuando las familias se encuentran con problemas de aprendizaje en la escuela necesitan dos cosas básicas: búsqueda de soluciones y acompañamiento.

Cada niño, familia, situación... son distintas. Por ello no se puede establecer de forma genérica "adoptado=problema", porque no es así. La solución a los problemas, cuando los hay, tiene que ser a medida y desde aquellos servicios que sean necesarios.

Los niños adoptados han vivido experiencias distintas pero tienen las mismas necesidades que todos los niños: afecto, relaciones entre iguales, sentirse aceptado y reconocido, tener un grupo, tener un entorno... Parten de una situación diferente que, en ocasiones, marca una forma diferente de relacionarse con el mundo que los adultos no siempre sabemos entender. Las familias y los colegios ven síntomas, la punta del iceberg -niños disruptivos, desatentos, movidos...-, sin saber si se debe a falta de habilidades parentales o a ese punto de partida diferente de sus hijos... Necesitan ayuda, acompañamiento, desde las asociaciones como AFADA les ofrecemos este asesoramiento. Las familias consultan con sus pediatras, con Salud Mental, con los profesionales del IAS... pero los especialistas no siempre pueden ofrecer todo el tiempo que necesitan estos niños.

Unos y otros hacen interpretaciones distintas de la sintomatología de un mismo niño. Y desde el mundo educativo, lo que pone son etiquetas: vago, desordenado, desatento, problemático, raro, falta de capacidad, desafiante, irresponsable, manipulador, mentiroso, disruptivo, especial, dependiente... Cuando se reduce tu hijo a toda una serie de etiquetas negativas, obviando lo positivo que también tiene, la familia se siente mal, se pone en guardia, ... porque eso solo no es su hijo, su hijo también es cariñoso, asertivo, sincero... necesitado, vulnerable. ¿Es esto malo, es bueno? Son



Cuando la dificultad comienza en la escuela, ¿qué hacer?

OLGA LÁZARO

como son y como tal hay que respetarlos. Una retahíla de problemas y etiquetas no ayuda a las familias y no ayuda a avanzar a los niños.

Hay padres y profesionales que quieren normalizar todo lo más rápido posible y que niegan que las experiencias vividas por los niños puedan tener relación con las dificultades que presentan... Tanto padres como profesionales necesitan formación y ayuda para atender al niño adoptado, no para tratarlo diferente, sino para entenderlo y así poder dar respuesta adecuada a sus necesidades individuales, sin quedarse en la etiqueta genérica que acaba siendo dañina para él, en vez de ayudarle a caminar y a avanzar.

En el aula nos podemos encontrar con dificultades de adaptación, sociales, emocionales, de atención y de lenguaje. Para avanzar necesitan que se respete su propio ritmo, que les demos tiempo y una mirada de comprensión y no de juicio, que es la que muchas veces se deposita sobre ellos. Ante los problemas de aprendizaje, los padres oyen hablar de CI bajo, repetir, medicar... pruebas y más pruebas... informes... pero nada que les diga qué hacer, cómo ayudar a avanzar a ese niño a corto, medio y largo plazo. Los profesores, y a veces los orientadores, tampoco saben cómo abordar estas dificultades que presentan algunos alumnos adoptados. Es necesario un trabajo conjunto interdisciplinar, y desde los distintos ámbitos y servicios, para acabar con esta desorientación en el entorno familiar y escolar y poder ayudar a estos niños.



DRA. NURIA GARCÍA SÁNCHEZ


Pediatra de Atención Primaria y representante de la Asociación Aragonesa de Pediatría de Atención Primaria

Los niños procedentes de adopción internacional van a tener, en el ámbito de la salud y en otros, unas características y necesidades diferentes dependiendo del país de procedencia. Si además tienen rasgos físicos diferentes a los mayoritarios en el entorno de acogida, al esfuerzo de adaptación general van a tener que sumar el sobreesfuerzo que supone "ser distinto".

Como apuntaba el profesor Félix Loizaga, en el origen de la adopción, como medida de protección de la infancia en desamparo, está presente el conflicto humano, la pobreza o las malas condiciones de salud. En este mundo globalizado, y con enormes diferencias entre países ricos y países pobres, la adopción asume un coste emocional. Es importante subrayar que la adopción sigue siendo la mejor medida de protección para los menores, que un hijo es mucho más que un buen estudiante y que a los hijos hay que quererlos como son.

Los riesgos de salud más habituales entre niños adoptados que hemos detectado en la consulta médica son los siguientes:

- Enfermedades infecciosas (Hepatitis B y C. Tuberculosis, Sífilis, Sarampión, VIH.Parasitosis).
- Problemas nutritivos y carenciales (Malnutrición, raquitismo, anemias, parásitos, hipotiroidismo, caries).
- Condiciones genéticas (Carencia de lactasa. Hemoglobinopatías y déficit de G6PD).
- Exposición previa a tóxicos (Plomo, radionúclidos, alcohol, tabaco. Melamina+Ácido cianúrico).



Protocolos en
Pediatría. Actuación
en las consultas de
Pediatría de Atención
Primaria ante la
llegada de una familia
que adopta un hijo

DRA. NURIA GARCÍA
SÁNCHEZ

- Pubertad adelantada-precoz.
- Experiencia traumática previa (Guerras, catástrofes, abusos, deprivación emocional, etc.)
- Desajuste psico-social (entre las expectativas de los padres y el rendimiento escolar, adaptación del hijo).

En un estudio realizado en el Centro de Salud Delicias Sur de Zaragoza, con una muestra de 18 niños procedentes de adopción internacional, se obtuvieron los siguientes datos: un 44,4% presentaban a su llegada dos o más enfermedades, un 38,8 % una enfermedad y el 16,6 % ninguna enfermedad (datos muy similares a los obtenidos por M. Sonogo en su Estudio "Problemas de salud de los niños extranjeros adoptados en España" Med Clin (Barcelona) 2002)

El protocolo de evaluación médica inicial en adopción debería incluir estos pasos:

- Revisión de los documentos médicos aportados (aunque a veces pueden ser poco creíbles).
- Examen físico completo, con el niño desnudo. Especial atención a cicatrices, inflamaciones, anomalías congénitas, peculiaridades étnicas. Facies.
- Incluir screening visual, auditivo y dental.
- Pruebas de cribado recomendadas para los niños de adopción internacional. CS Delicias año 2005:
- Hematimetría y bioquímica completa.
- Transaminasas, Ca, P, FA, Ferritina.
- Orina.
- Parásitos en heces 3 muestras. Coprocultivo.
- Serología hepatitis B y C.*
- Sífilis.
- VIH. *Se aconseja repetir estas pruebas a los 6 meses

- Mantoux **Se aconseja repetir estas pruebas a los 6 meses o cuando mejora el estado nutricional
- TSH o Screening metabólico. (> 2 años, < 2 años).

Como nos dice Jane Aronson, si no aplicamos un protocolo el 67% de las condiciones que requieren atención van a pasar desapercibidas.

Los protocolos de salud que se ponen en marcha a la llegada del niño no pueden acabar ahí, la atención médica ha de continuar porque hay problemas que se van a mantener en el tiempo, porque hay que revisar con la familia la información que tienen de su hijo y la evolución que va habiendo. Porque en el caso de la adopción no se parte de la idea de que "vamos a tener un hijo", la idea a trabajar es que "un niño va a tener una familia".

No deberíamos olvidar tampoco que el mejor protocolo no es el que implica más pruebas, sino aquel protocolo personalizado y que respeta los tiempos de adaptación entre el niño y la familia. Así que también hay que saber esperar y saber adaptar esas pruebas.

Y como alerta, hay que tener especial atención con los síntomas del espectro alcohólico fetal, puesto que a menudo están pasando desapercibidos.

ISABEL IRIGOYEN RECALDE

Psiquiatra. Hospital Clínico de Zaragoza

Partiendo de los postulados de Bowlby sobre la importancia del vínculo, de la figura de apego en edades tempranas, para el desarrollo, querría añadir que en el apego hay muchas facetas y los niños a veces se vinculan también con otras personas de su entorno, además del papá, la mamá y los hermanos, y esto los psiquiatras lo hemos de explorar porque nos abre una vía interesante para facilitar el trabajo terapéutico.

Las experiencias vividas en los primeros años de vida quedan grabadas en nuestra memoria implícita (relacionada con lo emocional, con la supervivencia) que, al contrario que la explícita, no podemos evocar fácilmente ni, por tanto, explicar. Pero su huella está en nuestro cerebro y puede emerger, de niños en dibujos, en juegos, en tests proyectivos, en sueños, o en síntomas graves de disociación o de conversión cuando se trata de un trauma. A partir de los 3 años ya entra en juego la memoria explícita y "lo aprendido" del entorno va a tener un peso importante también en las conductas y, ahora sí, se va a recordar.

En la adopción existen muchas particularidades a tener en cuenta, por lo que no podemos establecer parámetros genéricos: Adopción nacional o internacional / País de origen / Características del orfanato o familia de acogida / Edad niños / Experiencias previas / Factores genéticos y ambientales primigenios / Características padres adoptivos / Entorno social / Vulnerabilidad individual / Resiliencia / Proceso de adopción (antes, momento del encuentro, después) / Formación de los padres, etc.

Mesa: Iniciando la atención Realidades paralelas



ISABEL IRIGOYEN
RECALDE

Se han realizado muchos estudios sobre adopción, unos argumentando una tesis y otros la contraria. Parece haber consenso en lo siguiente (Hanf A. et al, 1960-2005):

- Los trastornos externalizados de conducta entre niños adoptados son superiores a los no adoptados, aunque la diferencia es pequeña.
- Los trastornos se dan especialmente con historia de situaciones adversas preadoptivas.

Según Gunnar et al, 2007:

- En niños con más de 24 meses institucionalizados se detectaron más trastornos de conducta, especialmente los provenientes de países del Este o Rusia: TDAH 16%, Trastornos cognitivos y del lenguaje 11%, Trastornos de conducta 50%, Otros 22%

El estado de salud de la madre biológica durante el embarazo va a ser fundamental para el desarrollo del bebé. El consumo de tóxicos como el alcohol es el responsable del desarrollo del Síndrome Alcohólico fetal, con el que están llegando muchos niños a la adopción (en Catalunya un Estudio revela que el 50% de una muestra de 162 niños adoptados procedentes de Rusia y Ucrania, presentaban el trastorno del espectro alcohólico fetal (TEAF)). Debería de haber una buena información al respecto, para que los padres adoptivos decidan si pueden afrontar el cuidado de un hijo con estas dificultades.

En la evolución del niño adoptado va a tener un peso importante la actitud y el enfoque del entorno social y cultural sobre la adopción: qué mirada se proyecta, qué palabras se utilizan, cómo se habla de ellos... Y los profesionales de los distintos ámbitos, y la Administración y la familia, en la que hay que centrarse, van a tener una gran responsabilidad en todo ello.

Las manifestaciones emocionales de las personas con origen adoptivo son sin duda diferentes a las de las personas cuyo origen no es ese, sin embargo no hay datos concluyentes de que estas manifestaciones sean más graves o más frecuentes, de ahí que podamos

hablar de realidades paralelas, y debemos de tener en cuenta que este origen no puede ser un obstáculo para seguir garantizando la adopción de niños como el mejor sistema social de protección a la infancia.

NIELS PETER RYGAARD

Psicólogo. Fairstart Foundation, Aarhus.
Dinamarca. Autor del libro "El niño
abandonado" y padre adoptivo.


El trastorno de apego está asociado a experiencias de gran privación en el entorno durante los primeros años de vida (a nivel emocional, cuidados, estimulación...). A los niños que padecen este trastorno, se les tiende a hacer múltiples diagnósticos y no debería olvidarse que la causa de sus dificultades está en las experiencias y circunstancias negativas que vivieron a edades tempranas y que requieren de un enfoque mucho más holístico para poder progresar.

Para sobrevivir, los bebés privados de estimulación luchan para mantener la actividad cerebral a través de la autoestimulación: Meciéndose, golpeándose la cabeza, rascándose o tirando de su cabello, masturbándose, con llantos, sonidos, y lloriqueos estereotipados, etc.

Los principales síntomas que presentan los niños con trastorno de apego son:

- **Comportamiento antisocial:**

Todos los niños pueden ser antisociales cuando tienen miedo o son inseguros, pero se recuperan cuando vuelven a un entorno seguro. Sin embargo, los niños que han estado muy desprotegidos a edades tempranas, tienden a actuar de la misma manera "antisocial", independientemente del cuidado amoroso que reciban. Pueden ser también muy impulsivos, agresivos o aferrados, no perciben ni respetan límites ni reglas sociales (incluyendo límites sexuales). No muestran empatía con los demás. Su desarrollo a nivel social y emocional no se corresponde con la edad cronológica, se suelen describir como "más infantiles".

A portrait of Niels Peter Rygaard, a middle-aged man with short grey hair and glasses, wearing a light-colored button-down shirt under a dark jacket. The background is a solid dark blue-grey color.

Comprendiendo y
tratando el trastorno
de apego en niños
adoptados

NIELS PETER
RYGAARD

• **Patrón de contacto indiscriminado y breve:**

El niño no se apega emocionalmente a personas u objetos específicos. Tiene contactos cortos y superficiales con todos. Es inquieto, no puede permanecer en contacto durante mucho tiempo. El niño imita el comportamiento social y el lenguaje sin comprender su significado. Puede tener problemas de lenguaje. A menudo es incapaz de separar la fantasía de la realidad. El desarrollo emocional y social está muy retrasado, incluso si el niño es inteligente. Falta de empatía, con dificultades de comprensión y respuesta ante las emociones. Egocentrismo.

¿Cómo afecta la falta de cuidados al desarrollo del cerebro y al apego?

La actividad de desarrollo cerebral es muy intensa después del nacimiento. Cada célula nerviosa cerebral tiene un botón de "encender/apagar". Cuando cuidas a un bebé, las células se encienden y el cerebro crece. Un cerebro de un recién nacido es como un árbol de Navidad: ¡tus cuidados encenderán todas las luces!

La actividad cerebral genética solo puede comenzar por la interacción emocional y rítmica. Un ejemplo: Un médico pidió a los cuidadores de un orfanato que tomasen a los bebés con más frecuencia, los acariciasen y tuvieran contacto visual. Los bebés comenzaron a crecer! La interacción hace que los genes activen las células cerebrales.

¿Cómo estimular el desarrollo del cerebro y crear un apego seguro?

Puesto que la interacción crea la estructura del cerebro, es muy importante que el cuidador interactúe de manera Rítmica, Emocional, Predecible y Repetitiva (una y otra vez).

Las conexiones que más estimule (la madre o cuidador) se convertirán en canales de comunicación. Las conexiones no estimuladas desaparecerán gradualmente.

La estructura cerebral de un niño de 12 años es un espejo de sus interacciones con sus cuidadores.

Cuando el niño es pequeño, las principales fuentes de estímulo son las actividades que estimulan el tacto, el ritmo, el equilibrio y el contacto visual:

El tacto o contacto físico (llevarlo en brazos, juegos de contacto corporal, masajes, abrazos, besos...). El tacto además propicia el contacto visual, importantísimo en la comunicación y el vínculo.

El balanceo (los columpios y todos los juegos de balanceo y equilibrio estimulan el desarrollo cerebral)

El ritmo (no se trata de ponerle música, se trata de cantarle, cuando cantamos una canción a nuestro niño le transmitimos ritmos repetitivos –lo que contribuye al desarrollo cerebral-, pero también emoción y atención, imprescindible para el apego)

¿Qué hacer de los 5 a los 18 años?

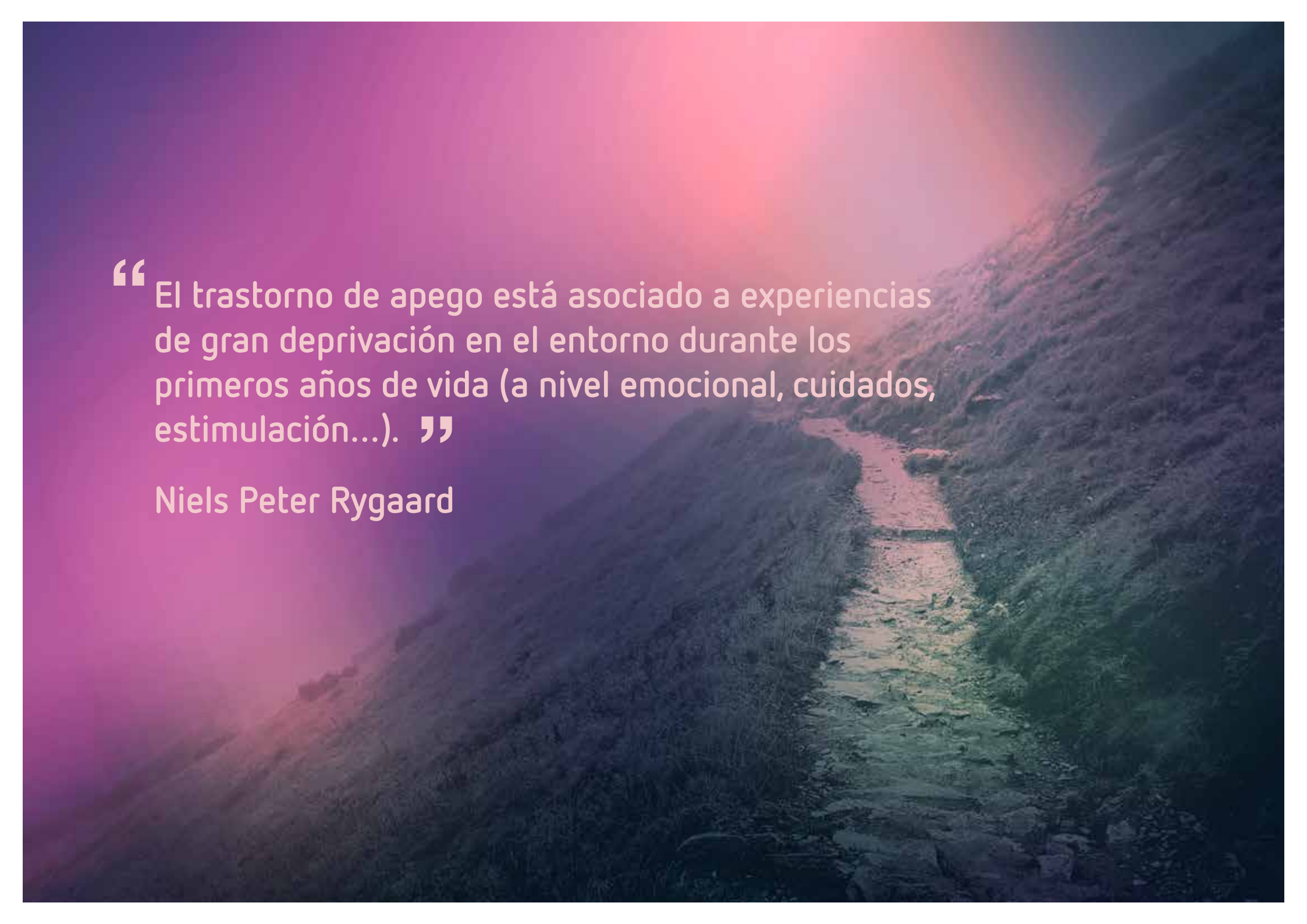
Como padres es nuestra responsabilidad ayudarles. En nuestra relación con ellos, debemos intentar hablar con frases breves, claras y que transmitan decisión, a la vez que calidez y respeto. Es importante ser con ellos predecibles, así que planifiquemos y describámosles el futuro inmediato. Los rituales y repeticiones les dan seguridad. Deje que el niño imite su comportamiento, que se implique y participe en aquello que le gusta hacer. Su capacidad de trabajo en una determinada tarea suele ser por períodos cortos, respetémoslo. Pídale sólo una cosa a la vez. Sus avances no van a ser rápidos, requieren mucho tiempo. Paciencia, paciencia y más paciencia.

Los problemas conductuales llevan al aislamiento social del niño y de la familia. Ello afecta al sentimiento de competencia como padre, a la comunicación con el niño. Es muy importante el mantenimiento de la red social de apoyo de la familia, así como la ayuda y orientación profesional. La medicación puede ayudar con algunos síntomas en un momento determinado, pero sólo debería prescribirse para periodos muy cortos por sus efectos secundarios graves a largo plazo. Los padres tienen que saber y aceptar que puede ser muy difícil superar ciertas problemáticas. Todos hemos tenido que afrontar alguna adversidad, esto nos puede permitir compartir un relato con nuestros hijos adoptivos que les ayude a construir una idea positiva de su identidad.

Los niños con trastorno de apego presentan a menudo problemas de lenguaje y de aprendizaje en general, por lo que será necesario un programa educativo individualizado y multidisciplinar.

Es fundamental hallar aquellas estrategias que nos puedan ayudar a ir superando la situación, desde una aproximación más práctica que teórica, e integradas en el entorno del niño y la familia.



A scenic landscape featuring a dirt path that winds up a grassy hillside. The sky is a mix of purple and pink, suggesting a sunset or sunrise. The path is made of dirt and small stones, and the grass is a vibrant green. The overall mood is serene and contemplative.

“ El trastorno de apego está asociado a experiencias de gran deprivación en el entorno durante los primeros años de vida (a nivel emocional, cuidados, estimulación...). ”

Niels Peter Rygaard

CONCLUSIONES

Benedicto García

Coordinador general de Cora.

Es necesario hacer balance tras más de 20 años de adopción internacional en España.

• **Lo que nos dicen los datos:**

Después de tener hasta 60 países en los que poder adoptar desde España, después de acreditar a más de 50 ECAIs (ahora OAA) con las que poder tramitar adopciones internacionales –un número claramente excesivo, no ha pasado en ningún otro país–, la adopción internacional ha sufrido un brusco y progresivo descenso. Ahora está en torno a las 500 adopciones internacionales al año (frente a las 5.541 que hubo en el año 2004). Ante este descenso brusco de la adopción internacional, la adopción nacional se ha ido manteniendo estable a lo largo de todos estos años (entre 500-600 adopciones anuales).

Entre 1997 y 2017 se han hecho 54.792 adopciones internacionales y 16.573 adopciones nacionales en toda España. De las adopciones internacionales, 20.332, procedentes de Europa del Este (el 64'4% de Rusia (13.091)), 20.193 de Asia (el 80% de China (16.153)), 8.950 de América Latina (el 46'5% de Colombia (4.165)) y 5.370 de África (el 83'7% de Etiopía (4.495)).

En 2016 y 2017 el número de Adopciones Nacionales supera ya a las Internacionales: AN (588 y 680) AI (567 y 531).

• **Lo que "ocultan" los datos:**

A lo largo de estos años se fue atendiendo las numerosas demandas de adopción internacional, priorizando la respuesta a la elevada demanda por encima de la calidad del proceso.

Las familias adoptivas y los nuevos retos en la Adopción en España

16 Y 17 NOVIEMBRE
2018 ZARAGOZA

I JORNADAS

ABANDONO, ADOPCIÓN Y RIESGO

Debate sobre diagnósticos
y terapias reparadoras.

Organizado por



Colaboran

11 de los 16 CC.LL.



CONCLUSIONES

El excesivo número de países de origen con los que se ha tramitado adopciones (más de 60) y el excesivo número de ECAIs acreditadas (más de 50), no ha sido la mejor praxis garantista para el control de posibles irregularidades en los procesos de adopción. Las Administraciones delegaron funciones en entidades privadas sin ánimo de lucro (ECAIs, TIPAI...) con controles insuficientes.

Tras 21 años de adopciones internacionales nos encontramos con:

- Más de 71.000 adopciones (nacionales e internacionales) y miles de solicitudes pendientes sin expectativas reales de tramitación.
- Miles de menores adoptados que han crecido y ahora son adolescentes, jóvenes y adultos adoptados con carencias y necesidades no gestionadas adecuadamente en este tiempo.
- Entre un 2% - 5% de adopciones truncadas, con situaciones traumáticas para los menores y sus familias.
- 19.937 adopciones (casi un 30% del total de AI) procedentes de países del denominado "cinturón del wodka" (9 países de Europa del Este), con una gran prevalencia de trastornos entre estos niños (TEAF, TDAH...) que no se han atendido adecuadamente y de manera temprana.

En este tiempo también ha habido logros:

- A nivel Administrativo se han regulado los procedimientos en adopción Internacional.
- A nivel legislativo se han equiparado derechos entre la condición biológica y adoptiva.
- En lo social se ha avanzado mucho en la visibilización y normalización de la paternidad y filiación adoptiva.
- La nueva Ley de Protección de la Infancia y la Adolescencia (Ley 26/2015) aporta importantes novedades:
 - Incluye en su ordenamiento jurídico (es el primer país que lo hace) el concepto de "interés superior del Menor"

- Crea la figura jurídica de la "Adopción Abierta"
- Reconoce el derecho a saber de la persona adoptada (conservación de la información sobre sus orígenes biológicos durante 50 años)
- Introduce la regulación de flujo (asignaciones/solicitudes) en Adopción Internacional

Mientras se privatizan los Servicios psicosociales de orientación y apoyo a las familias adoptivas, nuestros hijos crecen. Muchos ya son adultos adoptados con necesidades o dificultades o adversidades que hay que gestionar. Necesidades como la búsqueda de orígenes, para la que requieren orientación y apoyo. Adversidades que, en ocasiones, dificultan su acceso al mundo laboral.

Y entre las dificultades emergentes con las que nos encontramos ahora, cabe destacar la Adversidad Temprana, los Trastornos del Espectro de Alcoholismo Fetal y los Trastornos de Apego. En algunos de estos casos se debería poder acceder al 33% de los baremos por discapacidad, porque estos niños tienen que poder acceder a recursos. También debería incluirse la adversidad temprana en catálogos de enfermedades que requieren una atención específica

En la adopción hablamos mucho de dificultades, y las hay y hay que afrontarlas. Pero no podemos hablar sólo de dificultades, porque así etiquetamos y estigmatizamos: "niño adoptado = niño problemático o con dificultades". El propio título de estas Jornadas – Abandono, Adopción y Riesgo-, enfoca exclusivamente a lo problemático. Recogiendo la voz de jóvenes y adultos adoptados, que reclaman una visión positiva de la persona adoptada ("cuando vaya a una entrevista de trabajo y diga que soy adoptada identificarán la adopción con problema, ¿me cogerán?"), deberíamos empezar a hablar de la adopción de una manera más positiva. Sin ir más lejos, podríamos darle la vuelta al título de estas Jornadas y hablar, por ejemplo, de "Adversidad temprana, Adopción y Oportunidades".

En las familias adoptivas ha habido también una evolución, a lo largo de estos años, en la manera de enfocar la adopción. En los primeros años éramos "familias del corazón", se minimizaban las repercusiones que pueden tener las adversidades tempranas en el desarrollo del niño, queríamos creer que "el amor lo cura todo". Apenas existía información inicial (el boca a boca entre solicitantes y familias adoptivas llevó al asociacionismo adoptivo), ni

profesionales especializados, por lo que la información y formación de las familias era claramente insuficiente. Las Administraciones “aprendían” sobre la marcha, con poca planificación y control y nula formación para solicitantes y familias.

Ahora, vemos que tenemos que ser “familias reparadoras”, en ciertos casos “terapéuticas”. Es importantísimo crear entre todos, familias, Administración, profesionales, una red que dé respuestas a las necesidades de nuestros hijos en nuestra sociedad. También hemos aprendido, como familias, que la adopción no es un derecho, la adopción responde al derecho del menor a tener una familia.

Estos serían los principales retos que tenemos hoy en día en la adopción:

• Desde la Administración:

Adaptar las solicitudes de Adopción Internacional y el número de OAA a las necesidades reales de adopción en los distintos países.

Nuevos procedimientos para cambiar la situación de los más de 30.000 menores institucionalizados: acogimiento familiar frente al residencial, adopción abierta, promover la adopción después de los dos años (desarrollo Ley 26/2015)

Trabajar en un Nuevo paradigma que responda a las necesidades reales de la infancia, entroncando Acogimiento Familiar y Adopción.

• Desde las Familias:

Adaptar sus expectativas a la realidad actual de la adopción: Pocos menores adoptables menores de 5 años, la mayoría con Necesidades Especiales y plazos muy largos de espera para la asignación.

Buscar información y formación especializada para poder atender las necesidades de sus hijos y para valorar nuevas formas de protección de la infancia (acogimiento, adopción abierta...)

Vamos a tener que ser, en muchos casos, familias terapéuticas, reparadoras y resilientes.

• Desde los Hijos Adoptivos ya adultos:

Acompañamiento y orientación, para su comprensión, sobre los diversos aspectos identitarios, psicológicos y emocionales derivados del hecho adoptivo (orígenes, identidad, diferencia racial, etc.)

Apoyo para la superación de las dificultades que puedan hallar en su incorporación al mundo laboral, o en la aceptación social o cultural (sobre todo cuando tienen rasgos raciales diferentes) del entorno.

• Desde los Profesionales

Formación y especialización de profesionales de la educación, la sanidad, la justicia, la salud mental..., en los aspectos propios de la adopción, para poder ofrecer una atención e intervención adecuadas.

Desarrollo de Investigación en los diversos ámbitos profesionales, para mejorar conocimientos.

Principales ámbitos de actuación profesional: mediación en las nuevas relaciones (familia adoptiva/acogedora, familia biológica y menores), búsqueda de orígenes, diagnósticos científicos (certificado de discapacidad >33%), terapias ajustadas a cada necesidad de la adversidad temprana (TEAF, trastorno del apego, TDAH, etc.).

• Desde el Entorno Social y Mediático

Es necesario seguir trabajando en la eliminación de creencias, prejuicios, tópicos, etiquetas, generalizaciones...

Hacer comprender que son los menores los que tienen derecho a una familia y no a la inversa. Que la adopción no es una “obra de caridad”, sino el derecho de la infancia a tener una familia.

Que la adopción NO se mide en términos cuantitativos de productividad (cuantas más adopciones mejor funciona), que cuando funciona es cuando se ajusta a la realidad y necesidades de los menores y su proceso es perfectamente legal y ético.

CONCLUSIONES

María José Bajén García


Directora del Servicio de Atención a la Infancia y Adolescencia del IASS. Gobierno de Aragón.

Los procedimientos de la Administración en la adopción tienen como objetivo crear una seguridad jurídica (que también es importante cuando hablamos de Apego), por lo que requieren de una formalidad establecida.

Nuestro reto, como Administración, es ajustar estos procedimientos a los procesos concretos de adopción, de manera que haya una coherencia, que los hagamos integrales, evitando los cortes entre una actuación y otra, que permitan una flexibilidad y que prioricen la intervención directa sobre la gestión administrativa y la coordinación de recursos. Así seremos capaces de generar una red de apoyos ajustados a los momentos críticos del proceso.

Es responsabilidad de las Instituciones llevar a cabo actuaciones que limiten y reduzcan las condiciones de perturbación en el desarrollo del niño/a. Para ello, son necesarios ajustes en el sistema de protección, en el sentido de que:

- el niño/a sea el centro de su proceso protector (teniendo en cuenta su opinión, informándolos, asegurándonos de que comprenden lo que pasa, lo que va a pasar, que nos puedan explicar...)
- disminuya el tiempo entre la separación de un menor de su familia biológica y la llegada a la familia de adopción.
- el acogimiento familiar sea la medida prioritaria frente al residencial.
- se desarrollen intervenciones familiares más intensivas en los procesos de reinserción familiar y, de no verse viabilidad en el entorno biológico, acortar el tiempo para aplicar la medida de protección definitiva.



La adopción: Un
instrumento de protección
a la infancia

CONCLUSIONES

Para reducir los factores de riesgo en las familias adoptantes, la Administración ha de mejorar:

- la información, valoración, asignación y acompañamiento de las familias en los procesos previos a la adopción
- el acompañamiento a los niños y familias en los momentos decisivos (solicitud, valoración, asignación, acoplamiento...) y/o de especial dificultad.

Qué debe garantizar la valoración y formación de las futuras familias adoptivas:

- La aceptación de los aspectos diferenciales de la adopción
- La capacidad para la aceptación de la diferencia, de comprender los procesos de separación, pérdida y establecimiento de vínculos.
- El deseo definido por ser padres de un niño de origen distinto
- La calidad de la crianza reparadora de los daños y sensible a las dificultades de los niños/as

Cuáles son los retos actuales de la Administración:

- Asegurar una buena formación y capacidad de los profesionales para poder evaluar, con rigor y de forma específica, cómo afecta el factor "adopción" en los momentos de crisis.
- Tomar en consideración que las medidas de separación están contraindicadas en muchas situaciones conociendo los riesgos de las mismas.
- Potenciar los recursos de apoyo entre familias e hijos adoptivos, así como articular un buen proceso de acompañamiento en la búsqueda de orígenes.
- Potenciar la investigación-acción (integrar la práctica y el conocimiento) sobre cómo afecta al proceso de adopción la evolución de los trastornos del vínculo en la infancia y su prevención.

- Dar a conocer e informar sobre los procesos específicos de la adopción a los distintos recursos y servicios (Educación, Atención Temprana, Salud y Salud Mental Infanto-Juvenil) con el objetivo de lograr una atención en red colaborativa. Así podríamos desarrollar una atención integral, sin que las familias tengan que ir de un lado a otro para que se atiendan las dificultades de sus hijos/as.

CONCLUSIONES

José Manuel Granada López

Coordinador de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gobierno de Aragón.

Como conclusiones de estas Jornadas, y desde la óptica de la Atención Asistencial en Salud Mental, querría destacar la necesidad que se ha manifestado de proyectar una visión de conjunto, una visión interdisciplinar en cada caso que se nos presenta, con tal de entender mejor sus circunstancias complejas. Debemos superar, por consiguiente, esa tendencia de la Administración a parcelarlo todo.

Se ha hablado también mucho del trabajo en red. Y ciertamente es clave para acabar con la atención parcelada. Los profesionales de uno y otro ámbito tenemos que organizarnos para cooperar en la atención de las situaciones de los chicos y sus entornos y sus familias. Y prestar una atención a medida de las necesidades y dificultades concretas, no tanto del diagnóstico o de los síntomas, una atención que ofrezca, además, una continuidad desde la cooperación.

También se ha hablado de la psiquiatrización, del exceso de diagnóstico. Es necesaria una flexibilización de los equipos profesionales desde los distintos recursos. La atención no tiene por qué circunscribirse a Centros de Salud Mental, a Hospitales, sino que los profesionales nos podemos desplazar. Una atención dada en un centro escolar, o una intervención en cooperación con otros recursos, tiene mucho más valor que muchas consultas seguidas. Definitivamente hay que pensar en un abanico más amplio de dispositivos, de recursos y de equipos, porque nos tenemos que acercar, ir allá donde están los problemas.

Este es el principal aprendizaje que podemos sustraer de estas magníficas Jornadas.



CONCLUSIONES



ENLACE PARA
DESCARGAR LOS
VIDEOS

[DESCARGARSE VIDEO](#)

ENLACE PARA
DESCARGAR LAS
PRESENTACIONES
PPTS

[DESCARGARSE ENLACE](#)

OPINIONES DE LAS FAMILIAS A LAS JORNADAS DE ZARAGOZA

Nombre: **Vandita García**

Edad: **22 años**

Asociación: **Atlas**

Estudios: **Trabajadora Social**

Estado adoptivo: **adoptada**

Las jornadas me parecieron bastante buenas, en alguna ponencia me faltó más innovación respecto al contenido. Me siguen chocando las palabras que acompañan a la palabra adopción, las etiquetas que nos ponen, etiquetas negativas me faltó una ponencia o algún comentario en alguna de ellas que hiciera referencia a capacidades y habilidades que podemos tener las personas adoptadas por el hecho de serlo. Es decir, me faltaron etiquetas positivas.

Todas las personas adoptadas en mayor o menor medida somos RESILIENTES y esa palabra solo la escuché una vez en todas las jornadas. Escuché riesgo, escuché problemas, escuché traumas pero pocas veces escuché oportunidad.

Vimos casos reales muy duros, muy complicados, y que efectivamente necesitamos que los profesionales se sigan formando más en adopción, pero también hay casos de éxito o NORMALES (tanto que nos empeñamos en que nos veamos como personas normales a veces con estas cosas nos sentimos más bichos raros)

¿cuándo se dará visibilidad a esos casos?

También me pregunto ¿Qué pasa con los jóvenes-adultos adoptados? La mayoría de los recursos están orientados a los padres, formaciones para padres, grupos para padres, talleres para padres. Es cierto que hemos sido nosotros quiénes a veces nos hemos apartado del mundo adoptivo, pero ahora ciertos servicios profesionales son los que echan un poco para atrás.

La adopción no termina a los 18 años, ni a los 45 etc, surgen nuevas inquietudes, el mundo laboral, nuevas relaciones sociales en las que de nuevo hay que comunicar la adopción, elección de futuro, mayor independencia, salida de la vivienda familiar, etc.

Estos son los aspectos que debiéramos empezar a trabajar para que jóvenes como yo nos sintamos escuchados y entendidos sin ser juzgados.

Vandita García

Nombre: **Concha Campos**

Psicóloga. Presidenta AFAM

Lo primero que me sorprendió gratamente de estas jornadas es la gran afluencia de asistentes, lo cual denota el gran interés que ha despertado la temática entre profesionales implicados en la atención directa de los niños y jóvenes adoptados.

Este "éxito" de asistencia demuestra que iniciativas de este tipo "movilizan" o pueden movilizar a los profesionales que atienden a nuestros hijos. Por lo que nosotros como entidades asociativas debemos hacer un "oído cocina" y promover en mayor medida encuentros o iniciativas de este tipo, con nivel profesional, científico y docente de altura.

Considero que la organización de las jornadas fue de lo mejor y que todo estuvo organizado al detalle, lo cual induce a valorar el gran esfuerzo y trabajo de las personas que hubo detrás de todo esto.

Respecto al programa del evento, es cierto que algunas ponencias fueron realmente interesantes y muy acordes a la temática de las jornadas. En mi humilde opinión, las ponencias de Jesús Palacios, Esther Grau, y de Peter Rygaard, fueron las mejores con diferencia. Otras ponencias, por el contrario, no cumplieron ni de lejos mis expectativas, quizás por no ajustarse a la temática del evento (o por intentar "ajustarse" con poco éxito), o bien por ser un tanto trasnochadas o personalistas

CONCLUSIONES DE LAS FAMILIAS A LAS JORNADAS DE ZARAGOZA

del ponente etc.... Desafortunadamente estos riesgos son inherentes a cualquier programa de un evento de este tipo.

Otro aspecto que tengo que señalar y que algunos profesionales me señalaron particularmente a mí, fue la escasa participación de ponentes profesionales de la psicología, en favor de los profesionales de psiquiatría. Y claro como psicóloga que soy, eché en falta más especialistas de esta área.

Por ultimo coincido con los últimos argumentos expuestos, en que no se visibiliza lo positivo de la adopción. Desafortunadamente cuando uno tiene dificultades o problemas es cuando busca y participa en espacios y foros de este tipo, en busca de encontrar "soluciones". Sino cuantas veces oímos de las familias " ...¿para que me voy a asociar? ¿para que voy a ir a charlas de formación?... Yo no tengo problemas con mi hijo/a". Y luego cuando surgen problemas acuden desesperadas a la asociación en busca de respuestas y soluciones.

Con esto lo que trato de decir es que aún queda mucho camino para que se aborden adecuadamente las dificultades de nuestros hijos y que estas dificultades generalmente causan mucho sufrimiento y dolor a los niños/jóvenes y a las familias. (desafortunadamente el dolor y el sufrimiento "moviliza" y estimula mucho más que la falta del mismo).

Como propuesta inicial podemos aprovechar los foros en los que se hable de problemática y dificultades relacionadas con la adopción, para poner siempre el contrapunto positivo de la resiliencia y de la superación. Y que los programas contengan espacio para las experiencias positivas y temáticas ausentes de "problemática".

Concha Campos

Nombre: **Alicia Alonso**

AFAAR

Dudé en asistir porque eran jornadas dirigidas a profesionales, pero me alegro de haber ido porque todo conocimiento y comprensión sirve de ayuda a las familias que hemos tenido que asumir una labor terapéutica. Además tenemos el bagaje suficiente para seguir con facilidad el desarrollo de los contenidos.

Constaté que hay mucho camino recorrido en el entendimiento y consideración de los problemas de niños y adolescentes adoptados. Muchos estudios y experiencias ya puestas en práctica con resultados satisfactorios. Eso supone un mensaje positivo en sí mismo puesto que pone de manifiesto que existen referentes.

Aunque las jornadas iban dirigidas a profesionales de la salud y de la protección a la infancia los ponentes eran todos del ámbito de la salud, en su mayoría de la salud mental, por eso me fui con alguna duda:


¿Son conocedores los servicios de protección de los recursos potenciales para los trastornos de apego?

¿Tienen mecanismos y voluntad de facilitarlos a quien lo necesite?

Ya sé que estas preguntas tendrían distintas respuestas según comunidades y las planteo como madre y miembro de una asociación de familias adoptantes preocupada por el abordaje de los problemas derivados del abandono. Hay demasiadas familias que asumen como pueden grandes dificultades que tardan en comprender y que podrían ser atendidos antes y mejor si los servicios de protección tuvieran protocolos orientados a detectar los casos con necesidades de asistencia.

Hubo dos temas que me hubiera gustado que se trataran y que escribí como preguntas (con apreciaciones propias incluidas) para la parte final pero que no llegaron a leer.

El primero de esos temas lo planteó Mercedes al final y corresponde a lo que ya venimos hablando en CORA hace un tiempo. Yo lo planteaba así en mi pregunta:



CONCLUSIONES DE LAS FAMILIAS A LAS JORNADAS DE ZARAGOZA

CONCLUSIONES DE LAS FAMILIAS A LAS JORNADAS DE ZARAGOZA

¿Podemos diseñar o conocer medidas de protección para adultos con serio daño derivado de trastornos de apego?

Veo en estas jornadas que hay mucho camino recorrido en el entendimiento y consideración de los problemas de niños y adolescentes adoptados, aunque dudo que eso se traduzca en que se tenga acceso fácil a los recursos para quienes están en esa situación.

Pero ¿qué pasa con los que ya no son niños o adolescentes en edad de “prevención” y han pasado a la edad adulta con serio daño? que en algún caso ya han dado lugar a consecuencias o se constata que son claramente incapaces de gestionar su vida.

Mi segunda preocupación es por esos casos de trastornos de personalidad (igualmente derivados de esa adversidad temprana) que la sociedad no puede ver como víctimas sino como delincuentes.

Posibilidad de tratamiento y mejoría en TPLs sociópatas y similares

Se la dirijo a Dolores Mosquera porque es quien ha presentado casos de intervención en TPLs , pero podría responderme quien quiera.

Las intervenciones relatadas son a personas que, aunque derivan de adversidades tempranas, actualmente viven víctimas de malos tratos o similares.

¿Ha tratado a TLP que ha evolucionado con comportamientos violentos o antisociales? Pienso que son la otra cara del problema.

¿Qué posibilidades de tratamiento y mejora tienen?

Alicia

