

Adopción no es patología

Adoption is not pathology

Jesús Palacios

Universidad de Sevilla, España

Resumen: La heterogeneidad que se esconde bajo la etiqueta “persona adoptada” es el contexto de partida de este artículo en el que se analizan las necesidades clínicas de la población adoptada. Bajo esa denominación unitaria se encuentra una gran diversidad de características personales y de trayectorias vitales. Así se muestra claramente en los meta-análisis que analizan el ajuste psicológico de adoptados en comparación con no adoptados. Las circunstancias y características de los casos más problemáticos se ilustran con información procedente de la investigación sobre adopciones que fracasan. Finalmente, se argumenta la importancia crítica que tiene la competencia profesional sobre temas relacionados con la adopción para responder adecuadamente a las necesidades de las personas implicadas en procesos adoptivos que necesitan apoyo clínico.

Palabras clave: adopción, ajuste psicológico, meta-análisis, competencia profesional.

Abstract: The heterogeneity of the “adopted persons” is the starting point for this article that explores the clinical needs of the adopted population. This term encompasses people with markedly different personal characteristics and life trajectories. This is clearly shown in the meta-analyses on the psychological adjustment of adopted versus non-adopted individuals. The circumstances and characteristics of the most problematic cases are illustrated using information from adoption breakdown research. Finally, the critical importance of professional competence on adoption-related issues to adequately respond to the needs of people involved in adoption processes who need clinical support is emphasized.

Keywords: adoption, psychological adjustment, meta-analysis, professional competence.

El auge de la adopción internacional en España propició que la adopción adquiriera entre nosotros una visibilidad que antes no tenía. En nuestro inveterado estilo de llegar a las citas tarde, pero corriendo, los españoles nos apuntamos a la adopción internacional cuando otros países llevaban ya muchos años haciendo ese tipo de adopciones. De acuerdo con las estimaciones de Selman (2009), en el periodo 1997-2004 el incremento de las adopciones internacionales entre nosotros fue de un 270%. Durante esos años, España estuvo en lo más alto del

Este artículo se escribió mientras su autor estaba trabajando en la Universidad de Massachusetts en Amherst, Estados Unidos, como receptor del primer Rudd Family Visiting Professorship, dentro de las actividades del Rudd Adoption Research Program.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al autor al e-mail: jp@us.es



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

podio de los países occidentales en adopciones internacionales por cada 100.000 menores de 18 años. A partir de 2005 las cifras de adopción internacional se fueron desplomando entre nosotros en la misma medida que en el resto de los países occidentales, una caída que inicialmente debe relacionarse más con cambios en las políticas de adopción de los países de origen que con una disminución de candidatas españolas para la adopción internacional. En estos momentos, como ocurre en la mayor parte de los países occidentales, las cifras anuales de adopción internacional se mantienen bajas y, en nuestro caso, equiparables a las de adopción nacional. Así, si en 2005 hubo en España casi 10 adopciones internacionales por cada adopción nacional (5423 frente a 691, respectivamente), las cifras de 2015 mostraban valores muy similares para ambos tipos de adopción (799 internacionales frente a 608 nacionales) (Cfr. el apartado “estadísticas sobre adopción” en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, sección Infancia en el apartado Servicios Sociales e Igualdad).

Aunque estos cambios en la demografía de la adopción se deben a múltiples factores, uno de los que sin duda ha influido ha sido el cambio en el perfil de los niños y niñas disponibles para adopción internacional. La mayor parte de las adopciones que se hicieron en la época del gran incremento de las internacionales implicaba a adoptados y adoptadas por debajo de los 3 años. En un momento en que la adopción nacional en España afectaba sobre todo a chicos y chicas por encima de los 6 años, la posibilidad de adoptar en el extranjero a niños y niñas pequeños fue una de las razones que llevaron a muchas familias adoptivas a viajar a países y culturas lejanos para encontrar allí a sus hijos o hijas. Y fue precisamente un cambio en ese aspecto el que sin duda se encuentra entre las razones para el muy notable descenso de adopciones internacionales a partir de 2005. Más y más, los países de origen asignaban preferentemente (o exclusivamente) a niños y niñas por encima de los 6 años y con necesidades especiales. Un perfil que ya no coincidía con las preferencias y deseos de muchas de las personas que se planteaban adoptar.

Como consecuencia de esa inevitable costumbre infantil de cumplir un año más cada 12 meses, quienes llegaron a finales de los 90 y principios de la década siguiente han ido ahora adentrándose en la adolescencia y en los inicios de la vida adulta. Como es bien sabido, en la población general, mediada la adolescencia se han ido manifestando aproximadamente la mitad de los trastornos psicológicos que las personas experimentamos a lo largo de nuestra vida; a mitad de la década que empieza en los 20 años se han manifestado ya las tres cuartas partes de esos trastornos (Kessler et al., 2007). Estas proporciones implican un claro incremento de demanda de intervenciones clínicas en esas edades. No es, por tanto, casual que la revista *Clínica contemporánea* se haya planteado este monográfico, que muestra la relevancia de la problemática clínica entre las personas adoptadas. La intención de este artículo introductorio es aportar alguna información contextual que pueda ser útil para situar la problemática clínica que pueden plantear algunas personas adoptadas. Se trata de un texto con una vocación más reflexiva que de revisión exhaustiva de literatura. La reflexión se organiza en torno a cuatro apartados: heterogeneidad de la población adoptiva, datos de investigación meta-analítica, investigación sobre adopciones fracasadas y necesidad de profesionales con competencia en adopción.

Heterogeneidad de la población adoptiva

Cualquier grupo humano presenta en su interior una notable heterogeneidad y el de las personas adoptadas no es diferente. Tales personas difieren enormemente unas de otras por las condiciones de partida, por su estado a la llegada a sus nuevas familias, por la recuperación posterior tras las adversidades iniciales, por los contextos familiares en los que se integran y, simplemente, por la diversidad que nos hace a cada uno diferente a los demás.

Toda persona adoptada tiene un pasado pre-adoptivo, incluso si su adopción se hubiera producido en sus primeros meses de vida (lo que es ciertamente muy excepcional). Hay unos antecedentes genéticos que pueden marcar predisposiciones a problemática psicológica diversa que normalmente sólo se activa epigenéticamente si las circunstancias vitales posteriores lo propician. Así lo mostró, por ejemplo, la investigación finlandesa en la que personas adoptadas y con predisposición genética a la esquizofrenia sólo desarrollaban síntomas esquizofrénicos si la vida en sus familias adoptivas resultaba muy negativamente problemática. Por el contrario, personas con esa misma predisposición genética, pero que vivieron en familias con buena dinámica y funcionamiento, no desarrollaron síntomas esquizofrénicos (Tienari et al., 2004).

Además de los genéticos, están los antecedentes prenatales, algunos de los cuales pueden ser particularmente negativos (deficiencias nutricionales severas en la madre, consumo de alcohol durante el embarazo, elevados niveles de estrés tóxico materno). Las condiciones perinatales pueden ser igualmente problemáticas, por no hablar de la adversidad familiar en los primeros años (con alta presencia de grave negligencia). Con mucha frecuencia, a la negligencia familiar le siguen meses o años de vida en ambientes institucionales habitualmente empobrecidos y estructuralmente negligentes, aunque con una notable heterogeneidad en su calidad y sus características (Van IJzendoorn et al., 2011). En algunos casos, mucho menos frecuentes, en lugar de en instituciones, la espera ocurrió en familias de acogida. La edad de adopción pudo ser más temprana o más tardía. Y, naturalmente, cada niño o cada niña aporta además sus propias características individuales respecto, por ejemplo, a una mayor o menor fragilidad ante la adversidad y una mayor o menor capacidad resiliente cuando las circunstancias se vuelven más favorables. Por si toda esa heterogeneidad preadoptiva fuera poca, las circunstancias posteriores en la familia adoptiva no van a ser más homogéneas: padres y madres con historias de salud mental diversas y con mayor o menor resolución de sus propias pérdidas y problemas interpersonales, más o menos competentes como padres y madres, más o menos terapéuticos, con mayor o menor capacidad para reajustar sus expectativas iniciales a la realidad de su hija o hijo adoptivo, más o menos capaces de entender las necesidades específicas ligadas a la identidad adoptiva y la necesaria comunicación a propósito de la adopción, con más o menos recursos personales, sociales y profesionales a su alcance, con mayor o menor predisposición y capacidad para hacer buen uso de ellos...

Con todos esos antecedentes, sería absolutamente erróneo tratar a las personas adoptadas como si fueran un grupo homogéneo. La utilización de “adoptado” como etiqueta común para todos ellos oculta en realidad una enorme heterogeneidad. Por su debilidad conceptual y metodológica, la psicopatologización de la etiqueta fue superada hace ya mucho tiempo en respuesta a la propuesta de Kirschner de la existencia de un “síndrome del niño adoptado” caracterizado por disociaciones, conductas desafiantes, mentiras y patologías diversas (Smith, 2001). De hecho, todos los datos de investigación epidemiológica muestran que la mayor parte de las personas adoptadas funcionan dentro de los parámetros de una adecuada salud mental. En el siguiente apartado se analiza con más detalle esta cuestión.

Pero antes de pasar a resumir las conclusiones de la investigación meta-analítica sobre la salud mental de las personas adoptadas, conviene resaltar que tan inadecuada sería una actitud de psicopatologización de la etiqueta “adopción”, como una falta de consideración del hecho de que no hay adopción sin adversidad previa, adversidad que en las personas adoptadas ocurre durante etapas evolutivas particularmente sensibles y que las pone en mayor riesgo de problemas diversos, por ejemplo de tipo psicológico y educativo. Puesto que estas mismas personas van luego a vivir en resto de su infancia y adolescencia en familias que, por lo general, saben responder a sus necesidades, la adversidad inicial puede verse compensada por ambientes familiares que van a activar la capacidad para la recuperación tras la adversidad presente en todo organismo, aunque en cada uno con diferentes márgenes de resiliencia. El resultado final será una cierta combinación entre todos esos elementos de historia vital, combinación que para la mayor parte de las personas adoptadas, como en seguida mostraremos, supone valores adecuados en los diferentes indicadores de bienestar psicológico y salud mental. Sería, sin embargo, erróneo pensar que la adopción pone a cero el contador vital de las personas adoptadas y que con la adopción la vida comienza de nuevo. En distinto grado y con distinta repercusión para unas personas y otras, las adversidades pasadas, unidas a la experiencia de separación y pérdida, suponen acontecimientos vitales muy significativos que, sean cuales sean las circunstancias post-adoptivas, son cualquier cosa menos psicológicamente irrelevantes para adoptados y adoptadas.

Investigación meta-analítica sobre salud mental de personas adoptadas

La investigación sobre adopción –particularmente, pero no sólo, de contenido psicológico- ha tenido un enorme desarrollo en las últimas décadas, habiéndose hecho necesarias revisiones de investigación que sintetizaran y pusieran orden en un cuerpo de conocimientos cada vez más difícil de abarcar dada su proliferación (Palacios y Brodzinsky, 2010). Una de las herramientas de síntesis de investigaciones más importantes y de

mayor utilidad son los estudios meta-analíticos, que recogen los datos de un gran número de investigaciones independientes previas sobre un tema concreto, analizándolos y determinando las conclusiones que se derivan del uso de grandes muestras compuestas con los datos de las, inevitablemente, más pequeñas muestras de cada investigación incluida en el meta-análisis, reuniendo así información sobre unos tamaños de muestra no accesibles al investigador individual. Por ejemplo, el meta-análisis al que nos referiremos a continuación, realizado sobre la base de los resultados obtenidos en una docena de investigaciones previas, compara la salud mental de unos 19.000 adolescentes adoptados internacionales con la de una población de referencia de en torno a un millón de no adoptados (Askeland et al., 2017), cifras ambas evidentemente fuera del alcance de cualquier investigador individual.

En efecto, la investigación sobre los problemas clínicos y de salud mental de las personas adoptadas se ha multiplicado en los últimos años. Las muestras analizadas en las diversas investigaciones han incluido muestras clínicas (es decir, personas atendidas en servicios de salud mental), así como compuestas por personas adoptadas procedentes de la población general (muestras no clínicas). La información se ha obtenido con diferentes procedimientos. Lo más habitual es la utilización de pruebas de cribado y de cuestionarios de problemas de comportamiento y salud mental, tales como el Child Behavior Checklist (CBCL) de Achenbach y Edelbrock (1983). Estos cuestionarios, de los que hay versiones para diferentes edades, pueden ser contestados por padres y madres, por personas ajenas a la familia pero en contacto con adoptados (profesorado, por ejemplo) o bien por los propios chicos, adolescentes o adultos (auto-informes). En los países escandinavos, que cuentan con un especial sistema de registro por el que cada persona recibe al nacer (o al llegar por adopción al país) un número de identificación personal que se asocia luego a registros muy diversos, como las notas escolares, por ejemplo, o el historial médico, los investigadores pueden acceder a datos especialmente interesantes. En este caso, quienes tienen acceso a esas monumentales bases de datos referidas a toda la población, pero en las que se puede desagregar la información para diferentes grupos, pueden analizar esos registros para ver si hay, por ejemplo, más incidencia de depresión entre los identificados en la base de datos como adoptados que entre los no adoptados. O para saber si tal medicación psicotrópica se ha administrado con mayor o menor frecuencia a unos u otros, o si los intentos de suicidio registrados tienen o no mayor frecuencia, y así en relación con los más diversos problemas y datos de interés (notas escolares, ayudas económicas recibidas por personas con necesidades especiales, matrimonios y nacimiento de hijos...).

El primer meta-análisis de la incidencia de problemas de salud mental entre adolescentes y jóvenes adoptados se publicó hace ya unos años (Bimmel, Juffer, Van IJzendoorn y Bakermans-Kranenburg, 2003). Pero la muy reciente aparición de otro meta-análisis semejante (Askeland et al., 2017), que abarca un mayor número de investigaciones y de sujetos, nos lleva a referirnos a sus conclusiones, que además no difieren significativamente de las obtenidas en el meta-análisis anterior.

La comparación de los datos de investigaciones diversas, que con frecuencia utilizan pruebas diagnósticas diferentes, obliga a la realización de diversos ajustes y a unificar o estandarizar las comparaciones, para lo que los conceptos de tamaño del efecto o diferencias medias estandarizadas son fundamentales. No se trata sólo de unificar las puntuaciones obtenidas con distintos procedimientos, sino también de aportar información sobre la magnitud de las diferencias. Las clásicas pruebas de significatividad estadística nos informan de si un grupo es o no diferente a otro, pero nos dicen muy poco acerca de la importancia o magnitud de esas diferencias. El valor del tamaño del efecto o de las diferencias medias estandarizadas tiene, pues, la ventaja no sólo de unificar puntuaciones obtenidas con procedimientos diferentes, sino también de aportarnos información muy rica desde el punto de vista de la magnitud de las diferencias, en el caso de que éstas fueran significativas. A este respecto se suelen utilizar como criterios de referencia los establecidos por Cohen según los cuales un tamaño de efecto (o una diferencia media estandarizada) menor de 0.20 se considera de magnitud baja, un tamaño de efecto entre .20 y 0.80 se considera de magnitud moderada y un tamaño de efecto por encima de .80 se considera de elevada magnitud. Así, si de la comparación entre una muestra adoptiva y una no adoptiva se informa de un tamaño de efecto o de una diferencia de medias estandarizadas de, por ejemplo, .95 debe entenderse que se trata de una diferencia de gran importancia o magnitud, mientras que si se obtiene un tamaño de efecto de, por ejemplo, .15 debe entenderse que la comparación indica diferencias significativas, pero de escasa magnitud.

Como muestran la mayor parte de las investigaciones individuales y como ya mostraba el meta-análisis de

2003, también el de 2017 concluye que, globalmente hablando, los adoptados internacionales presentan más problemas de salud mental que sus compañeros y compañeras no adoptados en su adolescencia y juventud. Como también muestran la mayor parte de las investigaciones individuales y el meta-análisis de 2003, así como el de 2017, las comparaciones entre adoptados y no adoptados indican una magnitud de diferencias pequeña o muy pequeña para el total de problemas y para los de tipo externalizado (agresión, impulsividad, conductas que molestan o hacen daño a otros...), con diferencias no significativas para los problemas internalizados (ansiedad, depresión, malestar psicológico). Las diferencias adoptados-no adoptados en 2017 son algo más elevadas que las de 2003, de manera, por ejemplo, que los valores de 2003 fueron .11 para problemas externalizados y .07 para internalizados, mientras que los valores de 2017 fueron, respectivamente, de .20 y .10. Como se ve, siempre en el rango de magnitud baja de las diferencias.

El meta-análisis de 2017 muestra algunos datos complementarios interesantes y que aportan pistas útiles para hacerse una idea más completa:

- La magnitud de las diferencias adoptados-no adoptados es mayor cuando la información procede de padres y madres que cuando procede de los propios adoptados. Este dato es coherente con investigaciones previas que habían mostrado una mayor tendencia de los adoptantes a preocuparse por los problemas de conducta y salud mental de sus hijos y a buscar ayuda clínica ante problemas a veces menos graves que en el caso de los no adoptantes (Warren, 1992).
- La magnitud de las diferencias es mayor si se usan clasificaciones categóricas (agrupar a los sujetos en, por ejemplo, auto-estima baja, media o alta, o en apego seguro, inseguro y desorganizado, por usar otro ejemplo) que si se usan puntuaciones continuas (según la escala de que se trate, puntuaciones entre 1 y 20, por ejemplo), una diferencia sin duda relacionada con las características estadísticas de las puntuaciones categóricas y continuas. Para el total de problemas de comportamiento, la magnitud de la diferencia es de .13 cuando se usan puntuaciones continuas y de .31 cuando se usan agrupaciones categóricas. La utilización de unas pruebas diagnósticas u otras, según el tipo de información que aporten –categórica o continua-, influirá, por tanto, en la mayor o menor probabilidad de valorar como más o menos problemáticos algunos perfiles.
- Las diferencias entre adoptados y no adoptados alcanzan valores de mayor magnitud cuando se comparan datos de ambos grupos (adoptados frente a no adoptados) basados en registros clínicos de salud mental (donde la diferencia entre los grupos son de .70 para el total de problemas), que cuando se comparan esos dos grupos pero con muestras no clínicas de adoptados y no adoptados de la población general (donde la diferencia entre los dos grupos en total de problemas es de .13). Lo que esto significa es que buena parte de la explicación de por qué entre los adoptados se encuentra un promedio mayor de problemas de salud mental se debe al hecho de la significativa mayor presencia de adoptados en el grupo de quienes presentan más serios problemas de salud mental, requiriendo intervenciones clínicas o medicación. Es decir, que mientras que si se compara la distribución de las puntuaciones de la mayor parte de los adoptados con la de la mayor parte de los no adoptados en la población general no se encuentran diferencias significativas, o las que se encuentran son de baja magnitud, son las diferencias de puntuación entre ambos grupos en aquellos que se sitúan en el extremo superior de la distribución (mayor presencia de problemas o problemática más intensa), donde hay una significativa mayor presencia de adoptados, las que explican las diferencias promedio. En otras palabras: la gran mayoría de personas adoptadas no presentan problemas de salud mental o los que presentan son de escasa consideración y no requieren intervenciones clínicas muy significativas, mientras que la proporción de los que presentan una problemática más intensa y grave es superior a la de sus equivalentes no adoptados. Naturalmente, el clínico que sólo recibe a personas adoptadas cuando tienen serios problemas de salud mental puede formarse la equivocada idea de que adopción es igual a psicopatología, cuando en realidad lo que ocurre es que a su consulta acuden, fundamentalmente, personas situadas en el extremo de la distribución donde están las personas con más problemas, que constituyen una minoría dentro del grupo general de las personas adoptadas. Esto no debe hacer olvidar que en el promedio de estas personas en el resto de la distribución hay una ligera mayor incidencia de algunos problemas de salud mental que entre las no adoptadas, pero siempre teniendo en cuenta que esos problemas no afectan a todos los ámbitos y que suelen tener una magnitud baja o muy baja, cuando no carente de significación estadística.

- Otras variables típicamente consideradas en la investigación sobre adopción (si se trata de chicos o chicas, la edad de llegada a la familia adoptiva, si se trata de una adopción nacional o internacional) no han mostrado una relación clara con la mayor o menor incidencia de problemas de salud mental. Eso no quiere decir que sean características irrelevantes, sino que su valoración debe hacerse teniendo en cuenta más variables. Así ocurre, por ejemplo, en relación con la edad de llegada a la familia adoptiva. Cuanto mayor es el niño o la niña en el momento de la adopción, más tiempo ha pasado expuesto a la adversidad preadoptiva y más riesgo tiene, por tanto, de problemas posteriores. Sin embargo, esa variable, por sí sola, no predice bien la existencia o no de tales problemas, porque hay que considerar otras cosas tales como las diferencias individuales, las distintas trayectorias antes de la adopción, las diferencias en la calidad de las experiencias reparadoras posteriores, etc. Ni una adopción a edades tempranas impide la aparición de complicaciones posteriores, ni una adopción tardía va necesariamente acompañada de problemática grave.

En resumen, los datos de las investigaciones meta-analíticas, que nos permiten superar las limitaciones ligadas a las investigaciones individuales, nos aportan un rico conjunto de informaciones que posibilitan, al mismo tiempo, hacer valoraciones promedio (donde los valores clínicos de las personas adoptadas o no difieren o lo hacen con baja magnitud de los de las personas no adoptadas), así como también referidas a poblaciones clínicas (donde las diferencias entre adoptados y no adoptados tienen una magnitud mayor, sin llegar de todas formas a alcanzar una magnitud realmente muy elevada, porque la magnitud promedio de las diferencias es de .70 y el límite por encima del cual la magnitud es elevada es de .80). Nos permiten saber también que los valores comparativos más bajos se obtienen si los datos proceden de auto-informes de los propios adoptados y del uso de puntuaciones continuas, subiendo las puntuaciones cuando se utilizan puntuaciones categóricas (en grupos o clases, en vez de con puntuaciones directas) o información procedente de padres y madres, que tienden a elevar la magnitud de las diferencias con las personas no adoptadas. Y siempre teniendo en cuenta que todo lo anterior son valores promedio. Naturalmente, quien acude a buscar ayuda clínica no es un ente abstracto llamado valor promedio, sino una persona concreta con una problemática determinada. Pero tener la información de los valores promedio es útil para situar las cosas en su justa medida.

Se puede, pues, afirmar de manera categórica que adopción no es patología. Pero debe también decirse que la presencia de problemas clínicos es algo mayor en algunos aspectos en las personas adoptadas, y que esa diferencia adquiere una mayor magnitud cuando nos situamos en el extremo superior de la distribución en el que están las personas con más problemas clínicos. Cuando existen, esas diferencias tienen seguramente mucho que ver con el pasado pre-adoptivo, pero también pueden relacionarse con las complejidades de la identidad adoptiva y con las experiencias posteriores a la adopción. Es de eso, precisamente, de lo que nos ocupamos a continuación.

Adopciones fracasadas

Todas las consideraciones anteriores se refieren a las personas adoptadas. Pero, como se indicaba en el párrafo anterior, los problemas que a veces llevan a estas personas a tener más dificultades pueden derivar de sus relaciones interpersonales y, más en concreto, de la problemática vivida en su familia adoptiva. Una forma de ilustrar esos problemas es por referencia a las adopciones que fracasan, que constituyen un grupo pequeño pero interesante de cara a informarnos del extremo al que pueden llegar unas relaciones conflictivas.

La investigación sobre adopciones que fracasan está llena de dificultades conceptuales y metodológicas. Por una parte, la definición misma de “fracaso” es problemática, pues ni todos los casos en que la persona adoptada menor de edad abandona el hogar adoptivo son un fracaso seguro (porque a pesar de todo se mantengan las buenas relaciones o porque se produzca el retorno), ni todos los casos en que se mantiene la convivencia pueden considerarse exitosos (porque la convivencia esté llena de conflictos y distanciamiento). Las dificultades metodológicas tienen que ver, entre otras cosas, con la identificación de los casos, con la información disponible y con su tratamiento estadístico. En un trabajo en preparación desarrollado por Palacios, Rolock, Selwyn y Barbosa-Ducharme, se analizan con detalle estos problemas y se aporta información sobre la incidencia de los fracasos y los factores con ellos asociados. Respecto a la incidencia de fracasos, por ejemplo, las investigaciones europeas suelen situarla por debajo del 5% (por ejemplo, Berástegui, 2003; Palacios, Jiménez-Morago

y Paniagua, 2015; Selwyn, Meakings y Wijedasa, 2015) mientras que las estadounidenses suelen situarla más entre 5% y 10% (Evan B. Donaldson Adoption Institute, 2004).

De más interés para el presente artículo son los factores asociados a la existencia de fracasos, respecto a los cuales los datos tienden a ser bastante concordantes de una investigación a otra. Merece la pena referirse a ellos porque, aunque afectan a un grupo en el que las dificultades relacionales han llegado al extremo más negativo, apuntan los ámbitos en los que los problemas se plantean con más frecuencia e intensidad en el interior de las familias adoptivas que tienen serias dificultades.

Las diversas investigaciones sobre este tema (por ejemplo, Evan B. Donaldson Adoption Institute, 2004; Festinger, 2014; Palacios, 2012) han mostrado de forma sistemática que los fracasos en adopción no están ligados a una característica concreta, sino típicamente a la acumulación de factores de riesgo procedentes de tres fuentes: adoptados, adoptantes e intervenciones profesionales. Un chico o una chica adoptado puede presentar muchos problemas, pero esa adopción correrá poco riesgo de ruptura en el contexto de unos adoptantes que se enganchen emocionalmente con él o ella, que se comprometan con su bienestar y su estabilidad, que sean capaces de responder a sus necesidades y que cuenten con los apoyos profesionales eficaces que requieran. Por el contrario, unos adoptantes que no consigan establecer un vínculo emocional intenso y que no reciban ayuda profesional para conseguirlo cuando aún están a tiempo de hacerlo, pondrán en riesgo la estabilidad de la relación con un adoptado o una adoptada incluso si objetivamente no presenta serios problemas. Merece, pues, la pena hacer una breve referencia a algunas características de adoptados, adoptantes e intervención profesional que se consideran factores de riesgo y cuya acumulación supone una grave amenaza para la estabilidad de la relación.

Las dos características de los adoptados que están más asociadas con la experiencia de rupturas con la familia adoptiva son la edad de llegada y la presencia de serios problemas de comportamiento (por ejemplo, *Child Welfare Information Gateway*, 2012). Otras características individuales de los adoptados, como si se trata de chicos o chicas, si fueron adoptados solos o con algún hermano, no han mostrado una relación clara con el riesgo de fracaso. Como antes se indicaba, una mayor edad de llegada implica una mayor acumulación de adversidades y, en consecuencia, el riesgo de una mayor problemática evolutiva, emocional y conductual. Cuando esa posibilidad se sitúa en un contexto caracterizado también por otros factores de riesgo (en la familia o en la intervención profesional), la probabilidad de que las cosas evolucionen muy negativamente es mayor. De hecho, la inmensa mayoría de adopciones de chicos y chicas llegados a una edad avanzada evoluciona de manera satisfactoria, pues esa variable por sí sola no se asocia a la mayor probabilidad de rupturas. Es la coincidencia de esa característica con otras que acentúen el riesgo la que acabará dando lugar a situaciones de grave conflictividad.

Características de los adoptantes que la investigación (por ejemplo, Festinger, 2014) ha encontrado como factores de riesgo incluyen expectativas iniciales inadecuadas (a veces por una flexibilidad tan excesiva como falta de realismo, y en otras ocasiones por excesivamente restringidas a determinadas características), dificultades en la vinculación afectiva con el adoptado (a veces por sus propios problemas emocionales no adecuadamente resueltos, a veces por la problemática emocional del chico o la chica, con frecuencia por la suma de ambas características) y escasas capacidades para hacer frente a la complejidad conductual con que a veces se encuentran (sobre todo cuando hay conductas perturbadoras, agresivas, que implican daños, robos o mentiras). En el caso de parejas, la falta de cooperación y apoyo mutuo entre los adoptantes no hace sino agravar la situación.

Lógicamente, ni las dificultades para la vinculación emocional pueden achacarse en exclusiva a los adoptantes (hay conductas y estilos de relación de los adoptados que pueden hacerla menos fácil), ni las dificultades para el manejo de conductas complejas debe interpretarse siempre como un déficit parental (en ocasiones, se trata de conductas de gran complejidad). Con más frecuencia de la esperable, estas situaciones pueden cristalizar en violencia intrafamiliar que, de nuevo, no pueden cargarse por completo en el debe ni de los adoptados, ni de los adoptantes, siendo más bien el resultado de patrones de interacción llenos de disfuncionalidad. Mientras que algunas de estas dificultades (por ejemplo, la violencia) son más probables en la adolescencia, otras (notablemente, problemas en la vinculación afectiva) se presentan con más frecuencia tempranamente y se van acentuando con el paso del tiempo, empeorando las cosas y aumentando las dificultades en la relación

y el riesgo de ruptura a no ser que haya intervenciones profesionales eficaces que se sitúen en las fases lo más iniciales posible de los conflictos y dificultades.

Finalmente, hay aspectos de la intervención profesional que se añaden al cuadro de serias dificultades descrito anteriormente (por ejemplo, Palacios, Sánchez-Sandoval y León, 2005). Cuando quienes adoptan no han sido preparados adecuadamente para la adopción, cuando la valoración de idoneidad o la asignación niño-familia se han hecho de manera desacertada, el riesgo de que las cosas no vayan bien aumenta. Una vez que el niño o la niña están ya en la familia, la desatención o minusvaloración de la problemática que puede estar presentándose (a veces, por la falsa impresión de que se trata de problemas transitorios y típicos sólo de la fase de adaptación) se añade a las dificultades anteriores. Intervenciones profesionales escasas y esporádicas, cambios continuos en los profesionales de referencia, seguimientos superficiales y discontinuos, unidos en ocasiones a un escaso o superficial conocimiento de la psicología de la adopción, se suman a veces a todo lo anterior. Por otra parte, el tipo de ayuda que con más frecuencia suele prestarse a estas familias (asesoramiento, buenos consejos...) resulta de poca eficacia dada la magnitud y complejidad de sus problemas. Con frecuencia llamativamente escasa se utilizan pruebas de diagnóstico o intervenciones terapéuticas mantenidas en el tiempo. Si las familias acuden a buscar ayuda clínica a profesionales no familiarizados con las peculiaridades de la adopción y que desconocen toda la problemática ligada a historias de adversidad temprana, a experiencias traumáticas, a la vivencia de separaciones y pérdidas muy significativas, al complejo rompecabezas de la identidad adoptiva (más complejo cuantas más piezas le falten o cuanto más dolorosas sean las que se tienen), se continúan añadiendo elementos de riesgo.

La investigación sobre adopciones que terminan de la peor manera posible (separación definitiva y por razones muy negativas de adoptantes y adoptados) arroja, pues, luz sobre algunos de los problemas que, estos casos extremos, se presentan tanto en las personas adoptadas (daño emocional, complejidad conductual), como en quienes adoptan (problemas con expectativas, con las propias dificultades emocionales no bien resueltas, con capacidades educativas limitadas, con relación de pareja no suficientemente sólida ante la frustración y las adversidades), como en las intervenciones profesionales en relación con la adopción (pobre preparación para la adopción, valoración superficial, asignación desacertada, escaso apoyo post-adoptivo, intervenciones profesionales esporádicas, superficiales y de poca utilidad). Algunas reflexiones sobre este último asunto nos llevarán al final de este artículo introductorio.

Competencia profesional en adopción

En su trabajo sobre la competencia de los profesionales de la salud mental en materia de adopción, Brodzinsky (2013) muestra datos de investigación según los cuales sólo el 25% de los adoptantes y adoptados con contacto con profesionales de la salud mental valoraron que tales profesionales eran competentes para trabajar con personas relacionadas con la adopción (como adoptantes o como adoptados). El 75% restante valoró la capacidad profesional para tratar temas vinculados a adopción como pobre o muy pobre. Además, esa valoración parece relacionarse con la eficacia de las intervenciones profesionales, de modo que personas que planteaban problemas clínicos en los que su experiencia adoptiva (pre o post) tenía alguna relevancia, valoraban como más eficaces a aquellos profesionales a los que consideraban como competentes en materia de adopción.

La trayectoria de las personas adoptadas está marcada por experiencias de pérdidas, separaciones y duelos. La adversidad temprana deja sobre las personas adoptadas algún impacto sobre su desarrollo personal posterior (intelectual, emocional, académico, social). En ocasiones, esa adversidad implica experiencias traumáticas de especial complejidad, a veces causadas por personas muy significativas. El desarrollo de su identidad como personas adoptadas añade una capa de mayor complejidad al rompecabezas del desarrollo de la identidad, problemática a veces acentuada por los componentes específicos de la identidad étnica y racial. A todo ello se añade la complejidad de la búsqueda de orígenes, tanto la que se realiza en el interior del propio adoptado (preguntas sin respuesta, dudas, suposiciones e hipótesis), como la que se orienta al exterior en busca de información y, eventualmente, contactos. Con mucha frecuencia, las pérdidas y duelos de las personas adoptadas no sólo no son entendidas, sino que son abiertamente minusvaloradas (“¿cómo puedes decir que echas de menos

a alguien que te abandonó?”, “lo que tienes que hacer es disfrutar de lo que tienes ahora y olvidar el pasado”), lo que aumenta sus dudas y confusión. Por si todo lo anterior fuera poco, las personas adoptadas tienen con frecuencia que hacer frente a las llamadas micro-agresiones (“¿de verdad eres adoptada? ¡Cuánto lo siento!”), “¿conoces a tus verdaderos padres?”, “¿sabes cuánto pagaron por ti?”, “siendo ruso, hablas muy bien español”), así como a los más diversos estereotipos (“las niñas chinas son tan bonitas...”, “los adoptados son hiperactivos y tienen problemas de atención”, “sólo si son infelices en su familia adoptiva tendrán ganas de conocer a la biológica”), lo que añade negatividad a sus sentimientos y mayor confusión.

Un profesional competente en adopción es quien conoce toda esta problemática, quien se ha formado sobre cómo abordarla, quien tiene las herramientas profesionales adecuadas para el abordaje profesional de los problemas específicos de la adopción. En algunos países existen ya currículos profesionales para formar en adopción a profesionales de la salud mental. Existen también listados de referencia de profesionales competentes en adopción (ver, por ejemplo, Adoption Competence Initiatives en *The Center for Adoption Support and Education*, www.adoptionsupport.org). No se trata simplemente de añadir el término adopción en el marketing profesional (“infancia y adolescencia, adultos, pareja, separación y divorcio, sexualidad, adicciones, adopción, problemas de aprendizaje”), sino, fundamentalmente, de adquirir las herramientas profesionales (conceptuales, de diagnóstico y tratamiento) que permitan responder a la problemática de estas personas y estas familias no ya desde la competencia clínica general, sino desde los conocimientos profesionales específicos requeridos para abordarla con eficacia.

El conjunto de artículos incluidos en este monográfico puede contribuir a la diseminación entre los y las profesionales de algunos de los abundantes conocimientos y las diversas prácticas que se han ido acumulando en los últimos años de investigación y trabajo clínico. Las personas relacionadas con la adopción podrán así beneficiarse de un trabajo profesional mejor informado y con más probabilidad de ser eficaz.

Referencias

- Achenbach, T. M. y Edelbroch, C. S. (1983). *Manual for de Child Behavior Checklist and Revised Child Profile*. Burlington, Estados Unidos: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Askeland, K. G., Hysing, M., La Greca, A. M. Aarø, L. E., Tell, G. S. y Sivertsen, B. (2017). Mental health in internationally adopted adolescents: a meta-analysis. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 56, 203-213.
- Berástegui, A. (2003). *Las adopciones truncadas y en riesgo en la Comunidad de Madrid*. Madrid, España: Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid.
- Bimmel, N., Juffer, F., Van IJzendoorn, M. H. y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2003). Problem behavior of internationally adopted adolescents: a review and meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 11, 64– 77.
- Brodzinsky, D. (2013). *A need to know. Enhancing adoption competence among mental health professionals*. Nueva York, Estados Unidos: Evan B. Donaldson Institute.
- Child Welfare Information Gateway (2012). *Adoption disruption and dissolution*. Washington, D.C., Estados Unidos: Children’s Bureau.
- Evan B. Donaldson Adoption Institute. (2004). *What’s working for children: A policy study of adoption stability and termination*. New York, Estados Unidos: Autor.
- Festinger T. (2014). Adoption disruption. En G. P. Mallon y P. M. Hess (Eds.), *Child welfare for the 21st century: A handbook of practices, policies, and programs* (2nd ed., pp. 437-454). Nueva York, Estados Unidos: Columbia University Press.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S. y Üstün, T.B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 359-364.
- Palacios, J. (2012). Understanding and preventing adoption breakdown. En J. Gibbons y K. Rotabi (Eds.), *Intercountry adoption: policies, practices, and outcomes* (pp. 273-282). Burlington, Estados Unidos: Ashgate.
- Palacios, J. y Brodzinsky, D. M. (2010). Adoption research: trends, topics, outcomes. *International Journal of Behavioral Development*, 34, 270-284.

- Palacios, J., Jiménez-Morago, J. M. y Paniagua, C. (2015). *Rupturas en adopción y acogimiento familiar en Andalucía. Incidencia, factores de riesgo, procesos e implicaciones*. Sevilla, España: Universidad de Sevilla/ Junta de Andalucía.
- Palacios, J., Rolock, N., Selwyn, J. y Barbosa-Ducharne, M. A. (en preparación). Adoption breakdown: concept, research and implications.
- Palacios, J., Sánchez-Sandoval, Y. y León, E. (2005). Intercountry adoption disruption in Spain. *Adoption Quarterly*, 9, 35-55.
- Selman, P. (2009). From Bucharest to Beijing: Changes in countries sending children for international adoption 1990 to 2006. En G.M. Wrobel y E. Neil (Eds.), *International advances in adoption research for practice* (pp.41-69). New York, Estados Unidos: Wiley.
- Selwyn, J., Meakings, S. y Wijedasa, D. (2015). *Beyond the adoption order*. London, Reino Unido: BAAF.
- Smith, J. (2001). The adopted child syndrome: a methodological perspective. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 82, 491-497.
- Tienari, P., Wynne, L., Sorri, A., Lahti, I., Läksy, K., Moring, J.,... Wahlberg, K. E. (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *British Journal of Psychiatry*, 184, 216-222.
- Van IJzendoorn, M. H., Palacios, J., Sonuga-Barke, E. J. S., Gunnar, M. R., Vorria, P., McCall, R. B., ... Juffer, F. (2011). I. Children in institutional care: delayed development and resilience. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76, 8-30.
- Warren, S. B. (1992). Lower threshold for referral for psychiatric treatment for adopted adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 512-527.

Artículo recibido: 28/05/2017
Revisión recibida: 12/06/2017
Artículo aceptado: 14/06/2017