



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

El cuidado y la satisfacción de las necesidades
de los niños de adopción internacional:
experiencia en solitario de los padres

Blanca Fernández-Lasquetty Blanc



Tesis

Doctorales

www.eltallerdigital.com

UNIVERSIDAD de ALICANTE



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

**EL CUIDADO Y LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES
DE LOS NIÑOS DE ADOPCIÓN INTERNACIONAL:
EXPERIENCIA EN SOLITARIO DE LOS PADRES**



Universitat d'Alacant
Blanca Fernández-Lasquetty Blanc
Universidad de Alicante

**TESIS DOCTORAL
ALICANTE, Junio de 2017**



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**EL CUIDADO Y LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES
DE LOS NIÑOS DE ADOPCIÓN INTERNACIONAL:
EXPERIENCIA EN SOLITARIO DE LOS PADRES**

Blanca Fernández-Lasquetty Blanc

Tesis presentada para aspirar al grado de
Doctor por la Universidad de Alicante
Doctor en Ciencias de la Salud

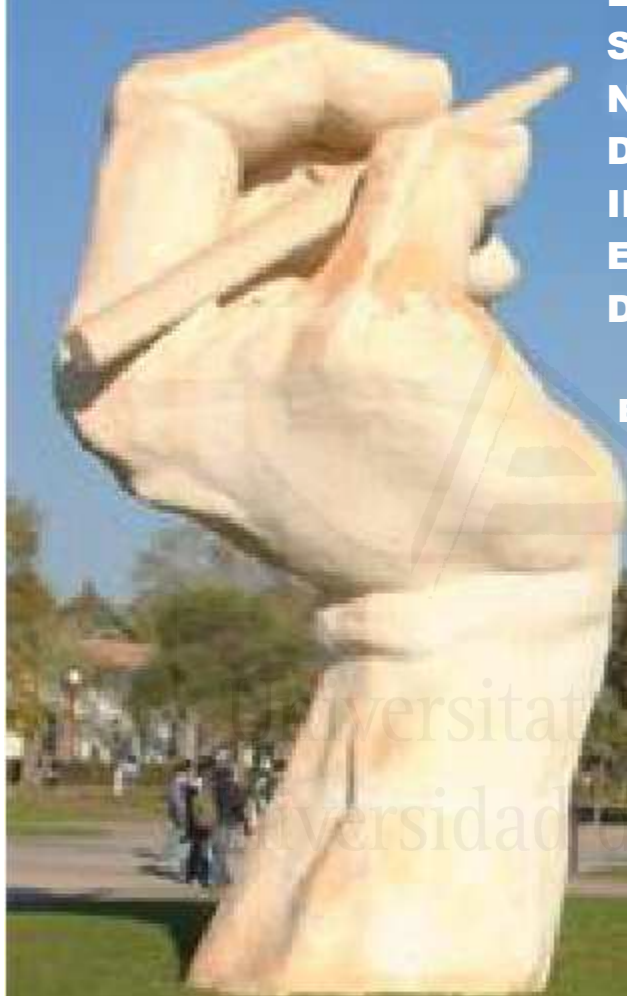
Dirigida por:
Dra. Mercedes Rizo Baeza
Dr. Ernesto Cortes Castell



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

**EL CUIDADO Y LA
SATISFACCIÓN DE LAS
NECESIDADES DE LOS NIÑOS
DE ADOPCIÓN
INTERNACIONAL:
EXPERIENCIA EN SOLITARIO
DE LOS PADRES**

Blanca Fernández-Lasquetty Blanc



Tesis

Doctorales

www.eltallerdigital.com

UNIVERSIDAD de ALICANTE



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

“Para desarrollarse normalmente, todo niño y toda niña necesitan que al menos un adulto esté loco por ellos” (Bronfenbrenner, 1979)

AGRADECIMIENTOS

Cuando me embarqué en la aventura de cursar el Máster en Ciencias de la Enfermería en la Universidad de Alicante, ya con una cierta edad, con hijos, trabajando, etc, no era muy consciente, por una parte del esfuerzo tan grande que iba a suponer, no solo para mí sino para toda mi familia, pero sobre todo de la satisfacción tan grande y de todo lo bueno que me iba a aportar.

Profundizar en la disciplina enfermera ha sido un ejercicio de maduración personal y profesional absoluto, que me ha hecho disfrutar por encima de todo.

El Máster me puso en el camino para continuar al Doctorado, toda una meta, difícil de alcanzar, pero que tenía claro que quería conseguir.

De todo este periodo de formación disciplinar y profesional, solo puedo tener palabras de agradecimiento para el estupendo profesorado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Alicante, para los que especialmente me han influido, la Dra. Carmen de la Cuesta, quien me ha hecho amar la investigación cualitativa, el Profesor José Siles, gran pensador y filósofo de la Enfermería o el Profesor Luis Cibanal, quien me enseñó a practicar la relación de ayuda, Raul Ruiz, Josep Bernabeu, etc. todos ellos grandes profesores que me prepararon para continuar hacia el doctorado.

Realizar mi Tesis doctoral ha sido uno de los retos profesionales más importantes de mi vida, en el que he invertido mucho esfuerzo y muchas horas de trabajo, pero también mucha ilusión y que por encima de todo me ha permitido disfrutar de un tema apasionante, el cuidado y la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional.

Gracias a todas las madres que han colaborado conmigo, que me han dejado entrar en sus vidas y han compartido conmigo algo tan suyo. Me habéis enseñado mucho.

Quiero dar las gracias especialmente a mi Directora de Tesis, Mercedes Rizo y mi Subdirector, Ernesto Cortes, por su ayuda, apoyo, comprensión, capacidad de animarme y de reconducirme para llegar a buen puerto. Han sido grandes compañeros de viaje. Muchas gracias Mercedes y Ernesto.

También tengo que dar las gracias a Julián Rodríguez Almagro, mi compañero de fatigas tanto en el Máster como en el Doctorado. Siempre ha estado a mi lado y ha sido un ejemplo de constancia y claridad en el camino que debíamos seguir. Muchas gracias Julián, todavía tenemos mucho por hacer.

Quiero tener un recuerdo especial para mis padres, a quienes tengo la suerte de tener siempre muy cerca animándome, a mis hermanos, cuñados y sobre todo a Alfonso, mi marido, la persona más buena y más comprensiva y a nuestros hijos Jorge y Álvaro, a quienes queremos con todo nuestro corazón. Gracias por estar siempre conmigo.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	17
RESUMEN.....	19
1. INTRODUCCIÓN.....	21
1.1 Evolución de la adopción internacional.....	21
1.2 Marco Jurídico y Normativo.....	23
1.3 Trámites en la adopción internacional.....	25
1.4 Investigación en adopción internacional	27
1.5 La salud de los niños adoptados	33
1.6 El proceso de convertirse en madre.....	37
1.7 La familia adoptiva.....	39
1.8 Los profesionales que participan en el proceso de adopción internacional.....	42
1.9 Los profesionales de enfermería.....	44
1.10 La voz de las familias	47
2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	49
3. PARADIGMA DE REFERENCIA	53
4. HIPÓTESIS.....	57
5. LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	59
6. OBJETIVOS	61
7. METODOLOGIA	63
7.1 Primer subestudio: Aproximaciones teóricas a la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional desde la perspectiva enfermera.....	63

7.2	Segundo subestudio: Transición a la maternidad en la adopción: análisis cualitativo desde la Teoría Fundamentada/Transition to motherhood in adoption: a qualitative analysis based on Grounded Theory.	65
7.3	Tercer subestudio: El valor de la atención de enfermería en el cuidado de los niños de adopción internacional.....	72
8.	RESULTADOS.....	81
8.1	Resultados del primer subestudio: Aproximaciones teóricas a la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional desde la perspectiva enfermera.	81
8.2	Resultados del segundo subestudio: Transición a la maternidad en la adopción: análisis cualitativo desde la Teoría Fundamentada/Transition to motherhood in adoption: a qualitative analysis based on Grounded Theory.	95
8.3	Resultados del tercer subestudio: El valor de la atención de enfermería en el cuidado de los niños de adopción internacional	110
9.	DISCUSIÓN	161
9.1	Primer subestudio: Aproximaciones teóricas a la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional desde la perspectiva enfermera.....	161
9.2	Segundo subestudio: Transición a la maternidad en la adopción: análisis cualitativo desde la Teoría Fundamentada/Transition to motherhood in adoption: a qualitative analysis based on Grounded Theory.	169
9.3	Tercer subestudio: El valor de la atención de enfermería en el cuidado de los niños de adopción internacional.....	172
10.	LIMITACIONES	181
11.	LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.....	185
12.	CONCLUSIONES	187
13.	BIBLIOGRAFÍA	195

14. APORTACIONES CIENTÍFICAS.....	213
14.1 Fernández-Lasquetty Blanc, B., Rizo Baeza, M., & Cortes Castell, E. (2015). Aproximaciones teóricas a la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional desde la perspectiva enfermera. <i>Index de Enfermería</i> , 24(3), 149-153.....	213
14.2 Fernández-Lasquetty Blanc, B., Rizo Baeza, M., & Cortes Castell, E. Transition to motherhood in adoption: qualitative analysis based on Grounded Theory. En revision para su publicación.....	218
14.3 Poster científico seleccionado para premio. Fernandez-Lasquetty Blanc, B. Asunción del rol maternal de las madres adoptivas de niños de adopción internacional desde el abordaje de la Teoría Fundamentada. VII Congreso de Investigación de Enfermería y Fisioterapia. Toledo. Noviembre 2014.....	247
14.4 Fernandez-Lasquetty Blanc, B. (2017). La Adopción Internacional. Nuevas demandas de salud, nuevos retos para enfermería. Rev. New Medical Economics. Num.47:18-19	248
15. ANEXOS	251
15.1 Anexo 1. Solicitud de acceso al campo	251
15.2 Anexo 2. Carta a las familias.....	252
15.3 Anexo 3. Consentimiento informado.....	253
15.4 Anexo 4. Primer guión diseñado para las entrevistas	255
15.5 Anexo 5. Aprobación del estudio por el Comité Ético de Investigación Clínica....	257



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Tablas

Tabla 1: Adopciones internacionales 1997-2015

Tabla 2: Prevalencia de los problemas de salud de los niños procedentes a AI

Tabla 3: Características de las informantes

Tabla 4. Características del proceso enfermero

Tabla 5. Necesidades propuestas por Virginia Henderson

Tabla 6: Catálogo de necesidades secundarias o satisfactores universales

Tabla 7: Propuesta de la OME de los diagnósticos e intervenciones enfermeras más relevantes en el proceso vital: Niño adoptado

Figuras

Figura 1. Nube de palabras proceso de AI a partir de los discursos de las madres

Figura 2. Nube de palabras necesidades de los niños a partir de los discursos de las madres

Figura 3. Gráfico del nodo proceso a partir de los discursos de las madres

Figura 4. Proceso de transición a la maternidad y convertirse en madre en la adopción internacional



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

RESUMEN

Partiendo de la premisa de que enfermería es una disciplina profesional, constituida por tanto por un componente disciplinar y un componente profesional, planteamos esta Tesis con el objeto de aportar a ambos componentes, haciendo explícitas las bases teóricas de la práctica que se plantea.

Disciplinariamente, en el terreno del conocimiento, hemos tratado de interpretar un fenómeno de nuestra competencia, el cuidado y la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional. Profesionalmente nos hemos interesado por todo aquello que hacen las enfermeras para promocionar y mejorar la salud y el bienestar del niño y su familia y su plena y saludable integración en la sociedad.

Puesto que la disciplina es quien gobierna y guía la práctica, hemos hecho explícita la parte disciplinar antes de desarrollar la práctica profesional. Para ello esta Tesis se ha llevado a cabo a través de tres subestudios.

El primero de ellos, *Aproximaciones teóricas a la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional desde la perspectiva enfermera*, se trata de una teorización respecto al fenómeno de estudio. Con el objetivo de sustentar teóricamente la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional desde la perspectiva enfermera y así justificar su integración en este proceso, se toman como referencia teorías y aportaciones derivadas de diferentes disciplinas, partiendo del marco de referencia de la disciplina enfermera, formado por el metaparadigma: persona, entorno, salud y cuidado.

El segundo subestudio, *Transición a la maternidad en la adopción: análisis cualitativo desde la Teoría Fundamentada*, se centra en la mujer como principal proveedora del cuidado familiar, desde la mirada enfermera como proveedora del cuidado profesional. Con el objetivo de explorar y comprender la experiencia de las madres de los niños de adopción internacional en su proceso de transición a la maternidad y convertirse en madre, queriendo junto a ellas identificar las fases de su proceso e identificar las demandas y los recursos cuando pasan por la experiencia de la transición a la maternidad adoptiva, se llevó a cabo este subestudio desde la metodología cualitativa, llevando a cabo entrevistas en profundidad a las madres y siguiendo el marco metodológico de la Teoría Fundamentada.

El tercer subestudio de esta Tesis, *El valor de la atención de enfermería en el cuidado de los niños de adopción internacional* se centra en definir la aportación enfermera al proceso de adopción internacional. Partiendo del proceso enfermero como marco organizado para la práctica de la enfermería profesional, se define la aportación enfermera al proceso de adopción internacional, desarrollando la planificación de los cuidados específica para los niños y su familia. En este subestudio, los discursos de las madres que participaron en el segundo subestudio de esta Tesis constituyen la voz de las familias respecto a las necesidades de los niños.

Esta Tesis por tanto constituye una nueva perspectiva de la intervención profesional actual en el proceso de adopción internacional

1. INTRODUCCIÓN

La adopción internacional (AI) es una medida subsidiaria de protección a la infancia, para aquellos niños que no pueden encontrar una familia en sus países de origen y que también tienen derecho a ser queridos, cuidados y educados por unos padres, sin que su origen sea un obstáculo para ello y que está demostrando su capacidad para ayudar al desarrollo de estos niños con éxito (Berástegui, 2005). El centro de la adopción es y debe ser el niño y su supremo interés.

Esta opción les ofrece la posibilidad de vivir una experiencia familiar estable a muchos niños que nacen en contextos adversos en los que sus familias no pueden hacerse cargo de ellos o cuidarlos de forma adecuada, que habitualmente se ven abocados a situaciones de negligencia, maltrato o abandono que deja secuelas en el niño.

1.1 Evolución de la adopción internacional

Socialmente se trata de un fenómeno en auge. A partir de los años 70 del pasado siglo XX se produce en Europa un aumento importante en la adopción internacional motivado fundamentalmente por la disminución de la adopción nacional a partir de un descenso importante de nacimientos, la aparición de métodos anticonceptivos para el control de la natalidad, el aumento en el número de abortos voluntarios, los problemas de fertilidad surgidos a partir del retraso en la maternidad de las mujeres y una mejora en la política de apoyo a las mujeres (Montané & García, 1991; Montané, 1996).

La adopción nacional disminuye un 50 % entre los años 1960 y 1980 y por el contrario se triplica la adopción internacional (Selman, 2000; Johnson, 2005). Se produce un desfase importante entre las familias solicitantes de adopción de niños pequeños y bebés y el número de niños en situación legal de ser adoptados, por lo que se desplazan las solicitudes a otros países con situaciones socioeconómicas más desfavorables y con una tasa de población infantil elevada.

Sin embargo la AI en España ha adquirido especial relevancia a partir de 1990, en un momento posterior al de otros estados occidentales (Carrillo, 2003). Esto se debe a diversas causas, siendo la principal el hecho de que en nuestro país es cada vez menor el número de menores susceptibles de ser adoptados. Otras razones que ha llevado al aumento de la demanda de adopción internacional es el de las listas de espera nacionales con tiempos de espera más largos que las que se hacen en otros países. Los medios de comunicación han ejercido un papel fundamental con la emisión de programas sobre las condiciones de vida de los niños en los orfanatos de determinados países, así como las condiciones de extrema pobreza en la que viven los niños de diversas zonas del mundo, lo que ha despertado la sensibilidad de muchas familias.

La Adopción Internacional ha tenido en los últimos años un incremento muy importante en España, con más de 53.000 adopciones en 18 años, desde el año 1997 hasta 2015 (Ministerio de Sanidad, 2016b) (Tabla 1), llegando a convertirse en el primer país del mundo en número relativo de adopciones (Berástegui & Gomez Bengoechea, 2008; Berástegui & Gómez Bengoechea, 2015) que refleja el impacto y la trascendencia que esto puede suponer a todos los niveles, al tratarse de un grupo especialmente vulnerable.

Sin embargo, se observa una disminución progresiva de la AI en España, debido principalmente a nuevos inconvenientes, trabas y requisitos impuestos por los países e incluso el bloqueo a la AI por parte de algunos de ellos.

Cambian así las características de los niños adoptados actualmente a perfiles más complejos, niños más mayores, con hermanos, con necesidades especiales, etc., cambia también el perfil de los adoptantes, nuevos modelos familiares y más mayores y en general cambia también la visión social de la adopción que se torna algo más pesimista, principalmente con la llegada a la adolescencia de los niños que llegaron en la época del boom de la adopción (Palacios, 2009a; Berástegui & Gómez Bengoechea, 2015) y que presentan problemas adaptativos.

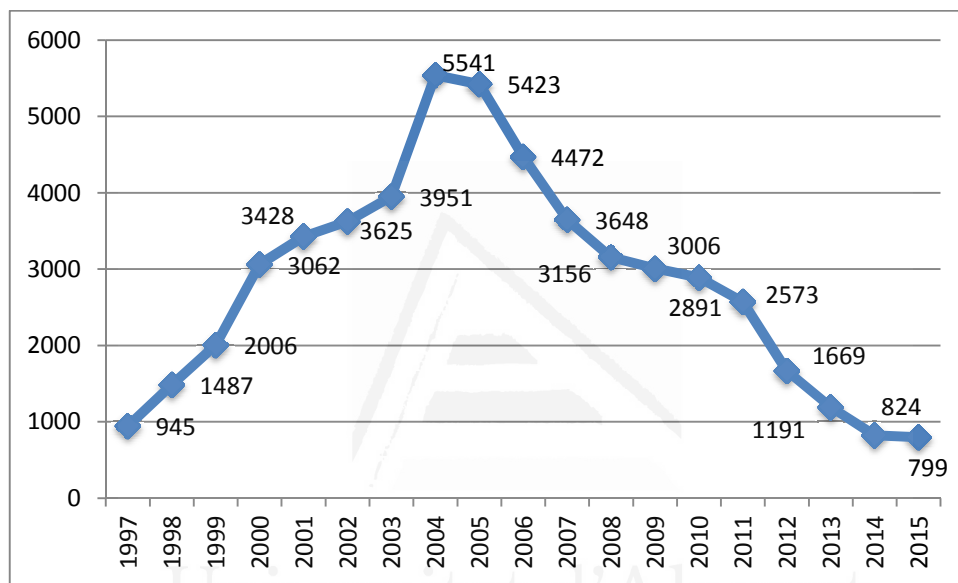


Tabla 1: Adopciones internacionales 1997-2015. Fuente INE. Elaboración propia

1.2 Marco Jurídico y Normativo

Desde el punto de vista jurídico, adopción plena supone una nueva relación familiar equiparada plenamente a la biológica, por lo que se establece (salvo excepciones legalmente previstas) la ruptura de vínculos personales, familiares y jurídicos, entre el hijo adoptivo y sus padres naturales o biológicos (Ministerio de Sanidad, 2016a).

Normativamente la adopción internacional se enmarca internacionalmente dentro de la Convención de las Naciones Unidas relativa a los Derechos del Niño de 1989 y del convenio de La Haya de 1993 relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional (BOE núm. 182, 2010), que pretende llevar a cabo un control administrativo sobre la idoneidad de los padres y del hijo adoptivo. A nivel estatal por la Ley Orgánica 8/2015 de 22 de Julio y la Ley 26/2015 de 28 de julio de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, se transforman las hasta entonces vigentes Ley Orgánica 1/1996 de 15 enero de protección jurídica del menor y la ley 54/2007 el 28 diciembre de adopción internacional (Jefatura del Estado, 2007).

En este marco, la adopción nacional e internacional está considerada como una medida de protección, que debe responder siempre al interés superior del niño, sin que deban tenerse en cuenta otros intereses ajenos al mismo (Calvo Blanco, 1994; Ministerio de Sanidad, 2016a).

Los trámites para la adopción internacional pueden realizarse bien a través de una Entidad Colaboradora de Adopción Internacional (ECAI) o por Protocolo Público (Montané, 1996; Ministerio de Sanidad, 2016a).

El artículo 9 del Convenio de la Haya, establece que las autoridades centrales de los distintos gobiernos autonómicos tomarán todas las medidas apropiadas para facilitar, seguir y activar el procedimiento de adopción, de donde surgen las agencias o entidades colaboradoras de adopción internacional (ECAIs), entidades de carácter privado, intermediarias en la tramitación de la adopción (Ministerio de Sanidad, 2016a). Deben perseguir únicamente fines no lucrativos y estar dirigidas por personas cualificadas. Jurídicamente se les encomiendan funciones de mediación, de asesoramiento e intervención y deben estar formadas por un equipo multidisciplinar formado por un psicólogo, un licenciado en derecho y un trabajador social.

1.3 Trámites en la adopción internacional

Una vez formalizada la solicitud, los interesados deben realizar un curso de formación, orientado específicamente a la adopción de niños extranjeros, acercándoles a la realidad de la adopción internacional, propiciando una actitud reflexiva y como ayuda a la toma de decisiones (Jociles & Charro, 2008).

Cumplir con el compromiso de asegurar los derechos del niño por parte de los padres adoptivos y conseguir la integración de éste en una nueva familia y un país socioculturalmente diferente al de origen del menor, requiere por parte de los equipos especializados al servicio de los organismos responsables de cada Comunidad Autónoma, un estudio preadoptivo completo y una selección de aspirantes acorde a las características del niño, buscando la idoneidad de las familias.

Es indispensable la valoración psicosocial de cara a certificar esa idoneidad de los solicitantes, es decir “la capacidad, aptitud y motivación adecuadas para ejercer la responsabilidad parental, atendiendo a las necesidades de los menores a adoptar, y para asumir las peculiaridades, consecuencias y responsabilidades que conlleva la adopción internacional” (Ministerio de Sanidad, 2016a).

Para conceder este certificado y con el objetivo de garantizar la protección del menor por encima de cualquier otro interés, se tienen en cuenta cuestiones como la motivación para elegir un niño extranjero, las opiniones de los padres sobre la cultura del país de origen del niño, la disposición de los padres adoptantes para aceptar las dificultades que supone la adopción del niño, así como aceptar los posibles problemas físicos, psíquicos, sociales o espirituales consecuencia de la institucionalización en orfanatos, abandono familiar y otras situaciones de maltrato.

Se evalúa la fantasía del hijo y el conocimiento de la realidad de estos niños (Montané, 1996). La Dra. Berástegui, (2007) afirma que las familias con una visión más realista de la

adopción, capaces de anticipar las dificultades, se sienten también más capaces de afrontarlas con una visión más optimista y positiva.

La valoración psicosocial es realizada por un psicólogo y un trabajador social, atendiendo a la situación familiar, personal y social de los solicitantes, su capacidad para crear un vínculo estable y seguro y para atender al niño, así como sus habilidades educativas.

Se tramitan las solicitudes de aquellos que finalmente son valorados como idóneos, bien a través de las Administraciones Públicas españolas competentes o a través de una ECAI, dependiendo de los acuerdos con el país elegido.

Tramitado el expediente, los equipos técnicos valoran las características de los niños y la familia solicitante, para asignar en función de sus necesidades, las capacidades y expectativas de los candidatos a adoptar. Se trata de asegurar que cada niño sea asignado a la familia que mejor pueda responder a sus necesidades (Palacios, 2009a).

Una vez cumplidos todos los requisitos administrativos, la familia debe viajar al país del menor para su encuentro y estancia allí por el tiempo requerido según los acuerdos firmados con los diferentes países.

Realizada la adopción continúa un periodo de seguimiento de entre uno y cinco años requiriendo la realización de informes evolutivos de los adoptados, demandados por el país de origen del menor (Ministerio de Sanidad, 2016a). Con el objetivo de lograr una adecuada integración de adoptantes y adoptados, las Entidades Públicas competentes en materia de adopción en las Comunidades Autónomas deben contar con recursos de apoyo postadoptivo (Ocón, 2005). El seguimiento no debe consistir en un acto puramente administrativo, únicamente con el reporte de informes de evolución al país de origen del menor, sino en analizar si se están cubriendo sus necesidades adecuadamente y ver si se pueden aumentar las capacidades de los padres para responder a las necesidades del menor (Palacios, 2009a), es decir debería ser un acto de acompañamiento de la adaptación familiar (Ferrandis, 2008).

1.4 Investigación en adopción internacional

La adopción internacional ha sido estudiada por diversas disciplinas. Palacios & Brodzinsky (2010) realizaron una revisión de las tendencias de la investigación sobre adopción desde la disciplina de la psicología, encontrando tres tendencias fundamentales. La primera de ellas, en la que los investigadores se preguntaban por la normalidad o no normalidad psicológica de los adoptados, las cuales confirmaron que los niños adoptados presentan más problemas en los ámbitos de la hiperactividad, problemas de atención y conductas molestas para los demás que los no adoptados. La segunda tendencia llevaba a los investigadores a preguntarse si el estado en que llegaban los niños se relacionaba con su capacidad de recuperación posterior a la adopción, llegando a resultados que permiten afirmar que una mayor adversidad experimentada durante un tiempo más prolongado, produce un mayor retraso y una recuperación posterior más lenta e incluso incompleta. Ambas tendencias planteaban estudios de tipo comparativo entre grupos de adoptados y no adoptados, con un carácter descriptivo. Sin embargo, la tercera tendencia plantea estudios para la búsqueda de explicaciones, centrándose en factores y procesos que intervienen en el ajuste y el desarrollo de los niños, como el interés en la búsqueda de sus orígenes, la importancia de los factores genéticos en el desarrollo psicológico, etc. Como implicaciones para la práctica profesional, a la vista de estos estudios se plantean la preparación preadoptiva como proceso imprescindible para la toma de conciencia paterna de la posibilidad de problemas y capacitarles para responder a ellos de forma adecuada y la necesidad de servicios postadopción con intervención profesional para responder a las necesidades de los niños y las familias.

Algunos estudios relevantes desde la perspectiva de la psicología han sido los llevados a cabo por la Dra. Berástegui (Berástegui, 2003, 2005, 2007, 2008, 2012, 2013; Gómez Bengoechea & Berástegui, 2009; Berástegui & Gómez Bengoechea, 2015), quien ha estudiado la adaptación familiar en la adopción internacional, las adopciones truncadas o los

retos de la postadopción, entre otros. Palacios ha dedicado sus trabajos fundamentalmente al estudio del perfil de adoptantes y adoptados, el estado a la llegada de los menores y su evolución tras la adopción (Palacios, 1998, 2009a, 2009b; Palacios, Sanchez-Sandoval & León, 2005; Palacios & Brodzinsky, 2010). Juffer & van IJzendoorn (2005) realizaron un metaanálisis con el objetivo de estimar los efectos de la adopción internacional en la conducta y la salud mental de los niños, Nelson (2007), estudió el desarrollo cognitivo de niños abandonados, comparando aquellos que habían sido institucionalizados y los que habían sido criados en acogida. El aspecto intercultural de la adopción internacional ha sido estudiado por Borobio (2003) y Berástegui (2003), analizando las relaciones entre la familia y la cultura o los nuevos modelos familiares. Rutter (1998) realizó un estudio comparativo entre dos muestras de niños adoptados y no adoptados para estudiar su capacidad de recuperación tras la adopción. Palacios, Román, & Camacho (2011) estudiaron la magnitud y oportunidad de recuperación tras la adversidad temprana y Loizaga, Louzao, Aranzabal & Labayru Etxeberria, (2009) lo hicieron sobre la evolución de los menores adoptados y la satisfacción de los padres.

Neurólogos y pediatras también han estudiado a los niños adoptados. A nivel nacional, Sonogo, García Pérez, & Pereira, (2002) evaluaron la necesidad de que los niños que llegaban mediante adopción internacional recibieran una atención médica específica, poniendo cifras a los diferentes problemas de salud de los niños llegados a España entre 1999 y 2000. En 2005, Oliván Gonzalvo, describe los momentos en los que tanto las familias como los niños adoptados deben tener contacto con el Sistema Sanitario, iniciando este con una consulta preadoptiva y continuando con la visita a la llegada del menor y a lo largo de su desarrollo.

Ante el gran boom de la adopción internacional y la realidad de los problemas de salud que presentan los niños, en 2005 y liderado por CORA (Federación de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento), Alberola et al editan una Guía Consensuada de Pediatría

en Adopción, que posteriormente se actualiza en 2008, con el objetivo de orientar y facilitar a los profesionales de la salud el conocimiento y características de los problemas de salud, no comunes en nuestra sociedad, que pueden presentar los menores procedentes de adopción internacional, y orientar a las familias, incluso antes de la adopción.

En el contexto de este boom, se llevan a cabo diferentes estudios analizando el estado de salud de los niños, según el país de origen, la comunidad autónoma de llegada, centrándose en algún aspecto determinado de su desarrollo o los niños que llegan con necesidades especiales, como los estudios de Oliván-Gonzalvo (2003, 2004, 2006a, 2006b, 2007, n.d.), Hernandez Merino (2006), Aranzabal Agudo et al. (2007), Lourenço, Gómez, Loria, Lirio, & García Pérez (2007), Alberola López et al. (2008).

Callejón-Póo, Boix, López-Sala, Colomé & Fumadó (2012) estudiaron su perfil neuropsicológico, recomendando para la práctica la inclusión de valoraciones neuropsicológicas en los protocolos de salud de estos niños en caso de presentar algún signo de trastorno cognitivo-conductual.

Con el paso de los años se hacen estudios de prevalencia con mayor volumen de sujetos que acercan más a la realidad en salud de estos niños, como el estudio de Ortiz, Domínguez Pinilla, Wudineh, & González-Granado (2015).

A nivel internacional, Hostetter, Iverson, Dole, & Johnson, (1989) realizan un estudio en el que ponen de relieve que los niños adoptados internacionalmente deben recibir una evaluación cuidadosa de sus problemas médicos que pueden afectar negativamente a su crecimiento y desarrollo, evitando la cronificación de estos problemas. Miller et al (1995) llevan a cabo varios estudios, analizando el estado de salud de los niños a su llegada a la familia adoptiva, más específicamente a los procedentes de china (Laurie & Hendrie, 2000) y con el paso de los años como es su evolución y nivel de desarrollo específicamente en los niños guatemaltecos (Miller, Chan, Comfort, & Tirella, 2005), rusos (Laurie, Miller et al.,

2007) o etíopes (Laurie, Miller, Tseng, Tirella, Chan, & Feig, 2008). La influencia de la institucionalización, la escasa atención médica, la desnutrición y en general las carencias que sufre el niño desde su nacimiento tienen una clara influencia sobre su salud mental, que fue estudiado entre otros autores por Juffer & van IJzendoorn (2005).

Desde el trabajo social también ha habido una importante producción referente a la adopción internacional (Rosser, 2009; García, 2012; González-González, 2015).

Desde una perspectiva socioeducativa, Amorós analiza el fenómeno de la adopción internacional de manera profunda en su libro publicado en 1987 (Amorós, 1987), sucediéndole otras investigaciones desde esta misma mirada (San Roman, 2010; Navarro, 2011), entre otras.

Desde la disciplina de la Antropología, Jorge Grau, del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad de Barcelona, dirige una línea de investigación sobre circulación de niños y adopción y ha estudiado el fenómeno en profundidad, lo que le ha permitido repensar el concepto de adopción, analizarlo y definirlo como un modo más de circulación de niños, entendiendo esta como un conjunto de normas, prácticas y representaciones donde la responsabilidad última en el cuidado y la crianza de niños y niñas queda bien establecida.

También se han hecho grandes avances a través de los estudios antropológicos sobre lenguaje y parentesco y la socialización a través del lenguaje tanto en niños como en padres adoptivos (Frekko, Leinaweaver, Marre, 2015).

Otros profesionales también se han interesado por el fenómeno de la adopción internacional, como la Dra. Brancós (1998), geógrafa y demógrafa que realizó un estudio sobre el fenómeno de la adopción en Cataluña analizando el perfil demográfico de los padres que desean adoptar, Logopedas (Sala, 2011; Blasco, Casino G, Ygual & Llinares, 2012; Blanca & Mendoza, 2012) o Juristas (González, 2003; Guzmán, 2007; Adroher, 2007).

Por parte de la disciplina enfermera son muy escasos los estudios de investigación y el abordaje del fenómeno de la adopción internacional.

Publicaciones como la de Lobar, Phillips, & Simunek (1997) hablan de la necesidad de que las enfermeras conozcan los aspectos legales y recursos referentes a la adopción internacional, lo que les va a permitir adoptar un papel activo en el diseño y desarrollo de intervenciones de apoyo en todas las fases del proceso de adopción. En 1998, Lears, Guth, & Lewandowski se preguntaban que tenían diferente los niños adoptados, identificando como esencial la necesidad de conocer sus problemas de salud, los problemas de adaptación y desarrollo y contar con directrices claras para los proveedores de salud que atienden a estos niños. Narad & Mason, (2004) y Murphy, (2009) ponen en valor el importante papel de las enfermeras, como profesionales en contacto con las familias y niños de adopción internacional, quienes pueden ayudar a los padres a identificar de forma temprana los problemas potenciales de sus hijos, influir positivamente para favorecer el apego y la unión de las familias y lograr una adaptación exitosa del menor a su nueva vida. Murphy (2009) apunta la Teoría de Cuidado de Swanson como marco teórico para la ayuda que prestan las enfermeras a las familias. McGuinness & Dyer, (2006) inciden en la necesidad de contar con enfermeras preparadas para la promoción de la resiliencia de padres e hijos y el apoyo a las familias para la adaptación del menor al nuevo ambiente tras la adopción. McGuinness & Robinson publicaron en 2011 una visión general de las consecuencias de la institucionalización como factor de riesgo para la salud mental de los niños adoptados y las implicaciones para los cuidados de enfermería y Harf et al., (2011) hablan de la necesidad de estudiar los obstáculos en las relaciones entre los padres e hijos adoptivos teniendo presente la historia previa de estos, normalmente traumática. Se ha estudiado también la depresión de los padres adoptivos por parte de enfermeras, desde una aproximación cualitativa, desarrollando un modelo teórico que facilita la comprensión de la depresión desde la vivencia de los propios padres (K. J. Foli,

2010) y la transición y adaptación a la maternidad de las mujeres que adoptan niños, en la revisión de la investigación realizada por Fontenot (2007).

Karen J. Foli (2012, 2013) se ha preocupado especialmente por las enfermeras que de una u otra forma prestan atención a la triada de la adopción internacional en EEUU, es decir, los padres biológicos, padres adoptivos y niños adoptados. Consciente de que a pesar de prestar estos cuidados, realmente no se conocen bien las intervenciones que llevan a cabo con este grupo de población, ni se conoce el número de enfermeras que trabajan con la triada de la AI, llevó a cabo un estudio mediante cuestionarios y entrevistas a estas enfermeras, en el que puso de manifiesto la necesidad de tener un cuerpo de conocimiento propio sobre la AI, con el objetivo de llevar a cabo una práctica basada en la evidencia, ofrecerles apoyo y comunicación terapéutica y dado que cada uno de los miembros de la triada tiene diferentes necesidades, necesitan de enfermeras sin prejuicios, competentes, con capacidad de escucha y de aceptación. Añade que es imprescindible incluir en los planes de estudio de enfermería la atención y cuidados en la AI, coincidiendo con lo señalado por Fontenot (2007).

A partir de este estudio quiso acercarse a las enfermeras y desde una perspectiva cualitativa explorar sus vivencias, señalando como implicaciones para la práctica, de nuevo la formación específica de las enfermeras como un punto clave, así como la implementación de protocolos que se centren en las necesidades de las familias y niños de AI, conocer bien los recursos para poder guiar a los padres y llegar a ser “adoptivo-competentes”, así como hacer un cambio tanto en la visión como en el lenguaje utilizado que resulte “adoptivo-positivo”. Señala que las enfermeras se encuentran en una posición clave para ayudar a las familias a recoger sus necesidades y las de sus hijos de una forma proactiva, abandonando el enfoque reactivo actual.

En España son muy escasas las publicaciones referentes al fenómeno de la AI por parte de enfermeras (Ramos & Cano, 2010; Martínez Martínez, 2013).

En cuanto a la familia adoptiva, estudios realizados por Erich & Leung (1998) o Groze & Rosenthal (1993), demostraron que los grupos de apoyo a los padres y a los niños mayores, las ayudas económicas y los recursos para respiro de las familias, eran los más demandados. Rykkje, (2007) llevó a cabo su trabajo sobre un estudio noruego, realizado desde una aproximación cualitativa para comprender las necesidades de las familias adoptivas por parte de las enfermeras. Este estudio hizo patente la necesidad de una mejora en el seguimiento postadoptivo y la necesidad de apoyo por parte de las enfermeras a las familias, que se sienten solas con sus preocupaciones y necesitan un lugar para pedir consejo. El apoyo postadoptivo puede mejorar con un programa de seguimiento de enfermería y consultas individuales a las familias.

Pero a pesar de que como queda patente, la AI ha sido estudiada e investigada por diversas disciplinas, uno de los problemas es que esta investigación ha sido deliberadamente teórica durante mucho tiempo (Berástegui, 2005, 2007). Por tanto, el desarrollo de teorías en el fenómeno de la AI es actualmente una de las prioridades para el avance disciplinar y profesional.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

1.5 La salud de los niños adoptados

Las consecuencias derivadas de las pobres condiciones sociosanitarias de los países de origen y la institucionalización de estos niños tras su nacimiento, son motivo de problemas de salud, no solo físicos. Los niños adoptados, en su mayoría abandonados, han sufrido desde el nacimiento privaciones, maltrato o negligencias, que les dejan secuelas físicas, mentales y emocionales (McGuinness & Dyer, 2006; Berástegui, 2007; Sánchez-Sandoval, León, & Román, 2012; Kroupina et al., 2015). Existen numerosas evidencias del efecto negativo en el desarrollo cognitivo del niño derivado de la falta de cuidados en la infancia (Bowlby, 1951;

Grantham-McGregor, 1995; McGuinness & Pallansch, 2000; Miller, Fan, Christensen, Grotevant, van Dulmen, 2000; Mitchell, 2001; Gindis, 2005; Berástegui Pedro-Viejo, 2013) y las consecuencias de la carencia afectiva desde el nacimiento que les impide crear vínculos afectivos (McGuinness & Dyer, 2006; Berástegui, 2007).

Ya en el año 1941 se escribió " El empobrecimiento ambiental conduce al empobrecimiento conductual. Esto produce las reducciones palpables de comportamientos. Esto no quiere decir que produzca deficiencia mental; pero produce una sintomatología bastante severa que hace el diagnóstico difícil y pedir así la intervención terapéutica" (Asociación Norteamericana de Familias de Adopción. Red PNPIC, n.d).

Uno de los estudios más relevantes, que evidenció las consecuencias de la institucionalización de los menores desde su nacimiento fue el que llevó a cabo Spitz (1945), quien observó que niños que vivían en un orfanato con buenas condiciones de higiene, alimentación, seguridad y con atención médica, pero con pocas cuidadoras, cambiantes por los turnos de trabajo y privados de contacto e interacción con ellas, sufrían depresión, retraso físico y mental, llegando incluso a la muerte una gran parte de ellos y los que sobrevivieron no fueron capaces nunca de cuidar de sí mismos. El estado depresivo les conducía a rechazar la alimentación y con ello al aumento de enfermedades, inmunodepresión, infecciones y un deterioro progresivo físico y psíquico que les conducía a la muerte.

La prevalencia de los problemas de salud de los niños procedentes a AI es mayor que en el resto de la población infantil (Sonego et al., 2002; Martín-Fontelos, García, Villota-Arrieta, Pérez-Jurado, Clilleruelo-Ortega, Subirats-Núñez, 2002; Sánchez Sandoval & Palacios González, 2012), predominando los trastornos del desarrollo madurativo como el retraso de la motricidad, el desarrollo del lenguaje, desarrollo cognitivo, socio-emocional y global y se asocian directamente con la edad en la que el niño es adoptado, el mayor tiempo de internamiento en la institución y la calidad de esta. Otros problemas frecuentes son el retraso

en el desarrollo físico (peso, altura y perímetro cefálico), trastornos nutricionales y alimentarios, como malnutrición, raquitismo, anemia y problemas de intolerancias alimentarias, problemas infecciosos como infección por el virus de la hepatitis, infecciones intestinales e infecciones respiratorias, problemas dermatológicos y dentales, problemas derivados del consumo de alcohol o sustancias tóxicas durante el embarazo, falta de control en la gestación, malas condiciones en el parto y posparto, anomalías congénitas, problemas de visión y audición o falta de vacunación (Hernández, 2003; Garcia Pérez, Lirio, 2006; Berástegui & Gomez, 2008; Callejón-Póo, Boix, López-Sala, Colomé, Fumadó, 2012; Berástegui, 2012) (Tabla 2).

En general, los problemas de salud y de crecimiento muestran una buena recuperación tras la llegada a la familia adoptiva (Palacios, 2007), produciéndose en los tres primeros años desde la llegada la mayor recuperación del desarrollo físico del niño, aunque en el 17,2% de ellos, pasados estos años persisten retrasos muy significativos ya prácticamente irrecuperables. En cuanto a la recuperación psicológica, también se produce una mejoría, pero menor (Palacios, 2007; Berástegui & Gomez, 2008).

Estudios recientes han demostrado que el estado de desarrollo del niño dentro de los primeros 6 meses posteriores a su llegada a la familia, es un predictor sensible del funcionamiento cognitivo general a largo plazo (Kroupina et al., 2015).

En cualquier caso la falta de identificación e intervención precoz sobre estos problemas y la falta de los cuidados necesarios puede afectar a la calidad de vida del niño, a su desarrollo físico, emocional e intelectual e incrementar los problemas adaptativos tanto en la familia adoptiva como en su entorno, que requiere una monitorización especial durante el periodo preadoptivo y en la postadopción, ofertando a los niños y sus familias los servicios y ayudas necesarias para lograr el éxito del proceso de adopción (Ochando, Peris, Millán, Loño, 2008).

Área de retraso	(Miller & Hendrie, 2000) Grupo 1	(Miller & Hendrie, 2000) Grupo 2	(Martínez Ortiz et al, 2015)	(Sonego et al, 2002)	(Gonzalvo & G., 2006a)	(Aranzabal Agudo et al., 2007)	Alberola et al, 2008	(Berástegui, 2012)	(Oliván Gonzalvo, n.d.)	(Oliván Gonzalvo, 2006b)	(Palacios, J; Sandoval, Y. S; León, 2007)	(Palacios, 2007)	(Alberola López S et al, 2008)
Peso/talla			49%/40%		42%/30%				27,3%/55,4%	43%/68%	47%	> 33%	> 25%
Motricidad grosera	55%					2,5%		28,2%					
Motricidad fina	49%					2,5%		26,3%					
Cognitivo	32%											44%	
Lenguaje	43%					19,5%		30,7%					
Social y emocional	28%												
Actividades de la vida diaria	30%												
Ag VHB	9%	3,7%											
Anticuerpos VHB	28%	16%				4%							
Parasitosis intestinal	7%	11%		30,2%	9,5%	18,5%			10,6%	17-67%			> 25%
Niveles altos de plomo	13%	14%							0,8%	1-7%			
Alteraciones urinarias (incluida enuresis)	17%					5,5%			1,3%				5-25%
Problemas tiroideos	12%	6%			3,9%				4,4%				<5%
Anemia/Ferropenia	35%	35%		32,3%	30,1%	12,2%			38,6%				> 25%
Malnutrición y problemas alimentación			65%			35,4%	25,9%			9-25%			> 25%
Lesiones cutáneas			51,4%										> 25%
Sueño						14%							> 25%
Global	44%		56,6%	81,1%	60%	2,5%					23%	30%	

Tabla 2: Prevalencia de los problemas de salud de los niños procedentes a AI (elaboración propia).

1.6 El proceso de convertirse en madre

Centrados en la figura materna, para cualquier mujer, el hecho de convertirse en madre es un acontecimiento importante en su vida que implica pasar de una realidad actual conocida a una nueva realidad desconocida (Mercer, 2004) y que supone avanzar por todo un proceso en el que influyen factores relacionados con la madre, el niño y su entorno (Bronfenbrenner, 1987) (Palacios, 2009b). Es posiblemente una de las etapas más estresantes en el ciclo vital de las mujeres por las demandas que lleva asociadas (Berástegui, 2005). Las mujeres se van adaptando a su tarea vital de ser madre a partir de esas capacidades que se adquieren por influencia de las propias familias, como hecho natural de cualquier mujer y van desarrollando ese sentimiento de protección hacia su hijo, afecto, interacción y comunicación, conexión, vinculación emocional y empatía. Van convirtiéndose en madre.

A día de hoy existen diferentes opciones para la maternidad además de la biológica, como puede ser la adopción, que es entendida como la capacidad de dar cuidado a los hijos y responder adecuadamente a sus necesidades, aún cuando no existen lazos sanguíneos entre quienes cumplen el rol de madre y sus hijos (Sallés & Ger, 2011). Pero todavía hay quien considera la adopción como una maternidad de segunda categoría (Golombok, 2006; Rodríguez-Jaume & Jareño, 2015) o menos natural y fuerte que la biológica (Lesar Judge, 1999) y perdura la creencia de que la maternidad esta liga al embarazo y al parto (Kirk, 1964) y que la mujer que ha sido madre sin pasar por estos dos acontecimientos "no puede sentirse madre". Algunos autores (Berástegui, 2005) sostienen también que en el caso de la maternidad adoptiva la oportunidad de asumir paulatinamente ese rol maternal y especialmente su función de cuidar se ve disminuida por la ausencia de embarazo.

Es cierto que ante las demandas de cualquier bebé, el instinto materno le lleva a atenderle, cuidarle y satisfacer sus necesidades como algo natural, socialmente aprendido, sin

embargo, los niños de adopción internacional (AI) vienen de una realidad totalmente diferente, que cultural y socialmente desconocemos, con respuestas aprendidas para un contexto de supervivencia que ignoramos y con una edad cronológica que muchas veces no se corresponde con su madurez (Castillo, 2013). Ellas mismas se cuestionan sus propias capacidades para su desempeño en el rol maternal y son conscientes de que su tarea de ser madre les va a requerir esfuerzo y dedicación (Bertran & Badia, 2014), pero a pesar de no haber engendrado a sus hijos, han podido adquirir las competencias necesarias para ejercer una maternidad responsable.

El proceso de transición a la maternidad ha sido estudiado por diferentes autores. Desde la disciplina enfermera, Rubin (Rubin, 1984, 1975) introdujo la definición de la identidad del rol maternal y desarrolló toda su teoría al respecto. Posteriormente fue Ramona Mercer (Mercer, 1995), quien basándose en el modelo de Rubin desarrolló la Teoría de adopción del rol maternal, que fue posteriormente sustituido por Convertirse en madre (Mercer, 2004) y sus investigaciones pusieron de manifiesto que la transición a la maternidad requiere un gran compromiso y participación activa que comienza antes o durante el embarazo, cuando la mujer comienza a prepararse buscando información y cuidando del bebé y de sí misma. Nelson et al. (2003) llevaron a cabo una metasíntesis (interpretación ampliada) de los estudios cualitativos sobre la transición a la maternidad, circunscrita a América del Norte y Australia y en la que se excluyeron los artículos referentes a la transición en circunstancias especiales como la maternidad adoptiva.

Posteriormente Fontenot, (2007) hizo una revisión de la literatura que abordaba la transición y la adaptación a la maternidad de las mujeres que adoptan niños, con el objetivo de comparar las diferencias en este proceso de las madres biológicas frente a las adoptivas y sus implicaciones para la práctica enfermera.

Autores como Fontenot, instan a los investigadores a descubrir el proceso único de la transición de la madre adoptiva (Fontenot, 2007) y Mercer, quien considera que el proceso de convertirse en madre debe estudiarse en la maternidad adoptiva para desarrollar y refinar la teoría (Mercer, 2004).

1.7 La familia adoptiva

Todos los niños, sin distinción alguna, necesitan para vivir tener cubiertas sus necesidades de salud física y autonomía, lo que habitualmente se entiende como necesidades psicológicas y sociales de los niños (Ochaita & Espinosa, 2012). Se trata pues de un colectivo caracterizado por una especial vulnerabilidad, sujetos en su desarrollo a la necesidad de que terceras personas les cuiden, asistan, eduquen y representen (Ministerio de Sanidad, 2016c), siendo la familia el mejor contexto para su desarrollo.

Historicamente, la familia se ha considerado el agente fundamental de cuidado y socialización de los hijos y el ambiente natural y óptimo para su protección y desarrollo, cumpliendo con funciones como la satisfacción de sus necesidades básicas, su protección, educación, socialización y apoyo a la hora de construir sentimientos de pertenencia e identidad personal (Gómez & Berástegui, 2009). Todo niño tiene derecho a una familia, por lo que no debería ser separado nunca de ella, pero en caso de que la separación sea necesaria, el niño debe tener acceso a un cuidado alternativo de tipo familiar, siendo la adopción la mejor opción posible (Johnson, 2002). La adopción ha demostrado ser un protector del bienestar y el desarrollo del niño, frente a la institucionalización, ofreciendo mejores resultados en inteligencia, relaciones y mayor ajuste psicosocial (Bohman, Sigvardsson, 1990; Tizard, Hodges, 1990; Andresen, 1992).

La adopción es una manera de formar una familia con características especiales y asociado a estresores a los que tanto padres como hijos deben hacer frente. Circunstancias como el proceso burocrático al que deben enfrentarse, habitualmente la maternidad biológica no conseguida, el control por parte de diferentes instituciones a lo largo de todo el proceso, la llegada de un niño que ha sufrido situaciones de abandono e institucionalización y en ocasiones maltrato y negligencias que deja en ellos secuelas físicas, mentales y emocionales, expuestos por sus diferencias raciales, etc, son la realidad a la que hacen frente las familias adoptivas.

La mayoría de los estudios indican que en general las familias presentan un buen afrontamiento de estos retos y dificultades, aunque manifiestan no sentirse bien preparados y no disponer de apoyos para solventar los problemas del día a día (Berástegui, 2013). La familia, el estilo de crianza y la competencia en su nuevo rol tienen una repercusión directa sobre la adaptación del menor a su nueva familia y a su entorno en general, pero son ellos mismos quienes demandan asesoramiento, orientación y resolución de dudas en la crianza de sus hijos. Existe una clara demanda de recursos destinados a apoyarles, asesorarles y orientarles a lo largo de todo el proceso de adopción internacional (Soler, 2015). Y es que realmente se sabe más sobre los adoptados y sus características que sobre los adoptantes y sus necesidades (Palacios, 2007).

Palacios (2007) describe los siete ámbitos de especial relevancia en post-adopción que llevan a las familias a pedir ayuda: salud, desarrollo, problemas de conducta, apego, pérdidas, comunicación sobre adopción y búsqueda de orígenes, pero realmente los servicios de postadopción, más dedicados a problemas sociales y psicológicos no pueden dar respuesta a los temas de salud, que son los primeros que detectan y preocupan a las familias.

Por parte de los niños, los problemas de alimentación, sueño, control de esfínteres, lenguaje, vinculación, conductas de supervivencia que le resultaban válidas en el medio

anterior y que sin embargo resultan poco adaptativas en su nuevo medio, necesidad de poner a prueba a la familia, etc, son las primeras dificultades para las que los padres necesitan ayuda.

Lo que está ampliamente demostrado es que los padres adoptivos necesitan ayuda profesional para entender las necesidades y el comportamiento de sus hijos derivados de la adversidad temprana a la que se tuvieron que enfrentar los niños y los consiguientes retrasos y dificultades que esto les ha producido. Este apoyo debe ayudarles a responder a esas necesidades de la manera más favorable (Buia, 2007).

La experiencia indica que son más frecuentes las intervenciones de asesoramiento que las terapéuticas, por lo que no parece lo más indicado concebir los servicios post-adopción fundamentalmente como recursos terapéuticos. Actualmente parece que la ayuda en la AI es más reactiva que proactiva, más terapéutica que de apoyo y asesoramiento anticipándose a la aparición de problemas, lo que hace plantearse una reflexión profunda al respecto.

Pero tras estos años de experiencia, aunque como ya señalamos está regulado que las Entidades Públicas competentes en materia de adopción en las Comunidades Autónomas deben contar con recursos de apoyo postadoptivo, parece que estos servicios postadopción no están ofreciendo los resultados esperados. A día de hoy difieren notablemente de una comunidad a otra y en ocasiones con criterios de seguimiento poco definidos, existiendo además una desconexión entre las distintas actuaciones profesionales, demostrando cierta desorganización (Palacios, 2009a). La propia Federación de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento (CORA), publicó en 2013 un Manifiesto para la regulación y coordinación de los seguimientos postadoptivos, profundizando en la dispersión de la regulación administrativa de los seguimientos postadoptivos dependiendo de cada comunidad autónoma y avisando de la falta de uniformidad en los procedimientos, los costes o el rigor en el tratamiento de la información de carácter personal que contienen los informes (Federación Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento, 2013).

1.8 Los profesionales que participan en el proceso de adopción internacional

En todo el proceso de adopción internacional, intervienen diferentes profesionales, psicólogos, trabajadores sociales y pediatras, entre otros, cuyas funciones atribuidas tienen por objetivo el éxito de la adopción, siendo en la mayoría de los países los trabajadores sociales los únicos profesionales que intervienen en el proceso de valoración de idoneidad, formación y seguimiento tras la adopción (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2008; Palacios, 2009a) aunque los profesionales de la salud, entre ellos enfermería, adoptan también un papel activo y asumen responsabilidades (Lobar et al., 1997; Lears et al., 1998; McGuinness & Dyer, 2006; Rykkje, 2007; Singer & Krebs, 2008; Murphy, 2009). En España los psicólogos y trabajadores sociales, como principales profesionales que participan en el proceso, realizan entre otros el asesoramiento para la toma de decisiones, la formación para la adopción, la valoración psicosocial de la familia que decide adoptar un niño de cara a certificar su idoneidad, la asignación del menor a la familia y el seguimiento y apoyo postadoptivo (Palacios, 2009a), intervenciones todas ellas cruciales para lograr el éxito del proceso y la plena adaptación e integración del menor. Sin embargo parece que no todos ellos tienen la formación y experiencia suficiente para asumir esta responsabilidad como admite el propio Palacios (2007, 2009) o dejan entrever cierta dejadez en sus atribuciones (Berástegui, 2012) y demostrado en estudios como el realizado por Rosser Limiñana (2010) quien desvela que de las 133 familias que fueron estudiadas en su investigación, el porcentaje de las que habían participado en los cursos no llegaba al 30%, encontraron disparidad de criterios en las prácticas que se siguieron para la asignación de cada menor a una familia determinada, la calidad de la información recibida fue desigual, al inicio de la convivencia la mayoría de las familias no contaban con la posibilidad de que aparecieran las dificultades con las que se encontraron, lo que pone de manifiesto una posible falta de preparación de los

padres, e incluso algunas de ellas tuvieron la intención de renunciar a la adopción, desbordados por los problemas y para los que no siempre encontraron apoyo de las administraciones. También deja muestra de ello la investigación de Palacios et al (2005) quienes observaron que en el 85% de las adopciones que evolucionaban a ruptura subyacían problemas en el seguimiento, con la duda que cabe entonces de si los fracasos podrían haberse evitado con un mejor seguimiento y la derivación de las familias a los recursos de los servicios post-adopción adecuados para resolver los problemas. Parece que existe una cierta tendencia por parte de los técnicos a ignorar señales de riesgo y no dejar constancia de ello en los informes (Berástegui, 2013).

Teniendo presente que la evolución personal de muchos de los niños adoptados depende en gran medida de los recursos que se dispongan tras la adopción, merece una especial atención el estudio de la situación actual en postadopción y los resultados de sus intervenciones.

La adopción internacional precisa un abordaje multidisciplinar desde el punto de vista físico, psicológico, emocional y educativo tanto de la familia como del menor desde la preadopción y a lo largo de su desarrollo.

Actualmente el contacto con los profesionales de la salud, se recomienda que sea con una visita de los padres al pediatra de atención primaria para ser informados de los datos de salud y sociosanitarios que deben conocer del niño en su país de origen, así como de las medidas a adoptar previamente al viaje y durante su estancia en el país de adopción, visita, no siempre seguida por las familias.

Una vez que el menor ha llegado a la familia, en la postadopción, los padres deben acudir al pediatra entre las 24 horas y los tres primeros días tras la llegada del niño preferiblemente, pudiendo hacerlo hasta las dos semanas posteriores, en caso de que el niño no presente síntomas de enfermedad y según lo dispuesto por cada Comunidad Autónoma (Alberola, Berastegui, De Aranzábal, Cortés, Fumadó, García, García Pérez, Hernández, Lirio, Oliván,

2008). Posteriormente las revisiones se harán acorde al estado de salud del niño, según el programa del niño sano en caso de niños sin problemas aparentes o con derivación a otros especialistas si hubiese enfermedades diagnosticadas. Por parte de Bienestar Social, se inicia el seguimiento postadoptivo y la emisión de informes evolutivos según las demandas de cada país (Consejería de Bienestar Social).

Los profesionales que realizan las entrevistas de seguimiento deben cumplimentar un protocolo en el que se recogen, entre otros, aspectos como el cuidado previo del menor, la experiencia del encuentro o las condiciones de salud a su llegada y su desarrollo en cuanto al lenguaje, motricidad, sueño, alimentación, control de esfínteres, juego, relaciones afectivas, autocuidado, etc, medidas antropométricas, revisiones médicas realizadas o vacunación entre otros. Estudios como el de la Dra. Berástegui (2012) sobre la adaptación familiar en la adopción, en el que se recogían los datos a partir de estos protocolos estandarizados, puso de manifiesto la necesidad de invertir en formación diagnóstica de los técnicos, para realmente cumplir con el objetivo de identificar la necesidad de apoyos postadoptivos. Esto nos lleva a plantearnos si realmente son los profesionales con las competencias necesarias para estas atribuciones.

1.9 Los profesionales de enfermería

El eje central del proceso adoptivo debe ser la satisfacción de las necesidades de los niños con una visión holística e interdisciplinar, atendiendo a las necesidades básicas de todo niño y aquellas otras que son específicas por su condición adoptiva (Rykkje, 2007; Parrondo, 2009), como la experiencia previa de falta de cuidado, abandono, maltrato o negligencia, una carga de experiencias negativas muy importante y con ello una falta de satisfacción de sus

necesidades básicas desde el nacimiento y la primera infancia, etapa considerada como la de mayor vulnerabilidad de una persona.

El centro de interés de la disciplina enfermera es el cuidado de la persona, familia y comunidad que vive experiencias de salud en interacción con su medio. Las enfermeras son los profesionales de la salud con un abordaje holista de la persona y una visión más humanista que biologicista, es el profesional del equipo de salud responsable de los cuidados de la persona y la satisfacción de sus necesidades, implicada por ello en el proceso de adopción internacional (Rykkje, 2007), aunque a día de hoy su participación es mínima y sobre todo poco visible.

Pero a partir del desarrollo de las especialidades de Enfermería y el inicio de la formación EIR, se plantea un punto de inflexión definitivo en el que las enfermeras, están capacitadas para asumir, liderar y coordinar equipos interdisciplinarios que se adapten a las necesidades del niño, su familia y su entorno en todo el proceso de adopción internacional.

Entre las competencias que adquieren las enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología (España, 2009) y Pediatría (España, 2010), esta fomentar la autonomía en el cuidado de los hijos, prevenir problemas familiares en situaciones de cambio o crisis en el ciclo vital, fortalecer la unión y la red familiar, promover el vínculo madre-hijo, valorar la adaptación de los padres al núcleo familiar y realizar programas dirigidos al nacimiento, maternidad y crianza (Berlanga, Pérez, Vizcaya & Moreno, 2012). Todo esto está perfectamente establecido en la atención a la mujer desde el embarazo, sin embargo no ocurre lo mismo en los casos en que la maternidad va a ser por adopción, a pesar de ser una necesidad también para las madres adoptivas y que las enfermeras deberían considerar asumir (Fontenot, 2007).

Rubin estimula a las enfermeras para que miren más allá de los aspectos fisiológicos y patológicos de la maternidad en el proceso de convertirse en madre e identifiquen áreas de ayuda (Rubin, 1967, 1984).

Las enfermeras, deben valorar no sólo las necesidades de la madre y el niño en cuanto a su salud física, sino que tienen que tener en cuenta su entorno familiar, trabajo, comunidad, entendiendo que ejercen una importante influencia en el proceso de convertirse en madre, en la vinculación con su hijo y en la plena integración del niño a su familia adoptiva (Mercer, 2004).

Por su parte, las enfermeras especialistas en Salud Mental aportan aquello que se deriva del trabajo que desarrollan con las personas y con las respuestas que dan a las alteraciones de la salud mental, con los aspectos afectivos que la conducta humana lleva implícitos y con la potencialidad de éstos para incidir en la capacidad de integración socialmente aceptable de los individuos. Su principal instrumento terapéutico para la prestación de cuidados es la relación de ayuda (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). Su formación les capacita para interpretar los problemas de salud mental como parte integrante de una sociedad cada vez más compleja (Siles, 2016).

Son profesionales capacitados para ayudar a las familias en el proceso de vinculación, de revelación de la condición de adoptado, de conductas desadaptativas y en general de aspectos emocionales y de salud mental (Martínez Martínez, 2013).

En EEUU la ISPN (International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses) es una organización que aborda específicamente el papel de las enfermeras en la adopción internacional (Foli, 2012).

Las enfermeras especialista, en su formación adquieren competencias relacionadas con la comunicación, la gestión de los cuidados y recursos, la docencia, la investigación y de forma específica las competencias de intervención avanzada en los diferentes ámbitos de la práctica

de su especialidad. Enfermería se posiciona como un profesional con capacidad para liderar, coordinar y dirigir procesos para hacer más eficiente la atención y acorde a las necesidades de los niños, adolescentes y familias adoptantes y liderar el equipo de salud y otros grupos sociales y profesionales, llevando a cabo actividades de coordinación y trabajo en equipo en todo el proceso de adopción internacional.

Palacios (2007) se plantea si una buena parte de los problemas que presentan las familias adoptivas y los niños adoptados podrían ser resueltos por los servicios profesionales que ya existen en la comunidad. Esto apunta a la idea de que las enfermeras pueden formar parte del proceso de AI y ser los profesionales que acompañen, asesoren, ayuden y capaciten a los padres en su ámbito competencial.

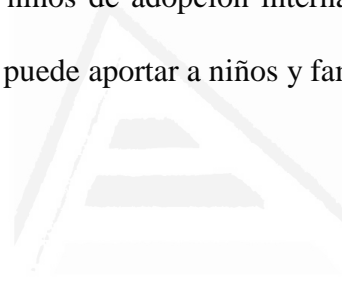
García-Gómez (2012) afirma que *“mientras que disciplinas como la Psicología han tenido claro, desde el comienzo de las adopciones en España, la importancia de la aportación de su especialidad a la comprensión e intervención en las mismas, otras disciplinas, como el Trabajo Social, todavía no se han percatado de ello”* ¿y enfermería?, ¿no tiene también mucho que aportar en este proceso de adopción internacional?.

1.10 La voz de las familias

Como afirma la doctora Berástegui (Berástegui, 2013), para planificar los recursos necesitamos saber las dificultades, retos y tareas a las que se enfrentan las familias y aquellas que generan una mayor dificultad para ellos, pero la investigación al respecto a día de hoy es muy escasa, por lo que constituye uno de los temas de estudio más relevante actualmente (Berástegui, 2003, 2005, 2012; Palacios & Brodzinsky, 2010). Necesitamos acercarnos a los padres y escucharles para poder identificar sus necesidades, porque su discurso nos aporta información muy específica. Su perspectiva permite realizar intervenciones más ajustadas a

sus necesidades y las de los niños, promoviendo un adecuado desarrollo individual familiar y social (Reinoso & Forns, 2011). La experiencia subjetiva de procesos complejos, como son los cuidados y la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional, constituye un soporte fundamental para poder diseñar y desarrollar programas de apoyo a las familias y reorientar el conjunto del proceso, ofreciendo a los padres apoyo para un cuidado competente.

Pero a pesar de que la adopción internacional constituye un tema de interés entre psicólogos, antropólogos, pediatras, juristas o trabajadores sociales, se ha prestado poca atención a la investigación de la experiencia y la vivencia de los padres para cubrir las necesidades y el cuidado de los niños de adopción internacional en la sociedad actual y al valor del cuidado que enfermería puede aportar a niños y familias de adopción internacional.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Este apartado recoge el interés y la motivación y el proceso que como doctoranda me llevaron a realizar esta Tesis Doctoral.

Como toda investigación, esta Tesis comporta tres fases, una primera fase conceptual, fase metodológica y fase empírica, interdependientes entre ellas.

Centrados en la fase conceptual, consistente en definir un tema o campo de investigación, comenzó con el planteamiento de una idea para orientar la investigación. Pasé por una primera fase de razonamiento intuitivo, preguntándome cosas que me inquietaban, despertaban mi interés, me preguntaba si eran asuntos significativos, relevantes, etc, identificando así el problema de investigación.

Decidida y centrada en el tema de la adopción internacional, pasé a una fase de razonamiento práctico y teórico, donde delimité el problema de manera más específica, las necesidades y los cuidados de los niños de adopción internacional por parte de sus padres y el valor del cuidado profesional.

La amplia revisión de la literatura me proporcionó una comprensión de los trabajos y publicaciones realizadas, situando el campo de investigación en el contexto de los conocimientos ya existentes. Identificada la cuestión a plantear, la revisión de la literatura me permitió también delimitar el marco teórico que proporciona una perspectiva al estudio y con ello el método apropiado para responder a la pregunta, el enunciado de cuestiones de investigación o hipótesis y los objetivos.

Como asuntos teóricos relevantes que subyacen al fenómeno identifiqué, entre otros, la Teoría del Apego (Bowlby & Mateo, 1989), la Teoría Ecológica del Desarrollo Humano de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1987) o el Modelo de adaptación inicial de la familia a la

adopción internacional, a partir del esquema básico del doble ABCX de Mc Cubbin en su fase post-crítica (Berástegui 2005, 2007).

Con este trabajo, combinaba además intereses sociales, disciplinares, profesionales y personales así como la pertinencia de realizar el estudio.

Respecto a la pertinencia social, se trata de un estudio relevante socialmente y un asunto de interés y preocupación general. Este trabajo parte de la idea de que la adopción internacional, a pesar de ser un hecho social relevante, en auge, aceptado e incluso elogiado, en el que tanto padres como hijos deben hacer frente a múltiples dificultades, constituye un fenómeno susceptible de integrar la atención de enfermería para poder ofrecer a los padres apoyo para un cuidado competente y así ayudar al desarrollo y plena adaptación del niño a la sociedad.

En cuanto a la pertinencia disciplinar, el estudio apunta a desarrollar conocimiento dentro del cuerpo de conocimientos de la enfermería y a tratar de sustentar teóricamente la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional desde la perspectiva enfermera y constituir el marco teórico de la investigación en este tema y desde esta perspectiva.

La pertinencia profesional del estudio queda de manifiesto al abordar un problema de cuidados y satisfacción de necesidades, que se centra en el niño adoptado, su familia y su entorno y en el que las enfermeras tienen un importante campo de actuación apoyando, ayudando y capacitando a los padres para un cuidado competente.

La relevancia y pertinencia del estudio la confirmé, por supuesto en primer lugar con mi Directora y Codirector de Tesis y en una entrevista mantenida con la Dra. Berástegui, Dra en Psicología del Instituto Universitario de la Familia de la Universidad Pontificia de Comillas, miembro del equipo investigador de la línea de investigación de adopción internacional y de la Red Nacional de Investigadores y una de las investigadoras más relevantes a nivel nacional

e internacional sobre AI, quien me animó a realizar este estudio considerándolo de interés para el fenómeno.

A nivel personal no tengo ninguna vinculación con el mundo de la adopción internacional, ni a nivel profesional, ni personal, sencillamente me gusta, me interesa y creo que como enfermeras debemos involucrarnos en el proceso y estar con los padres para ayudar a los niños. Considero que es una nueva demanda de salud en la sociedad del siglo XXI a la que hay que dar respuesta y hacer balance de los planteamientos actuales de la adopción y los resultados en salud que se están logrando, para así poder hacer las transformaciones necesarias en el proceso de adopción internacional.

Al ser un campo desconocido para mi, entro en este mundo de forma muy abierta, sin prejuicios, dispuesta a descubrir, a explorar, a comprender y a encontrar respuestas.

La importancia de esta fase conceptual está, a menudo, subestimada en el proceso de la investigación. Sin embargo, se revela como una fase crucial ya que el análisis de una situación problemática, como la que nos ocupa, necesita una cuestión de investigación depurada. Además de las observaciones sobre el terreno que yo pudiera hacer, esta cuestión de investigación debía alimentarse de los trabajos anteriores y de teorías que justificaran su ubicación en el marco de los conocimientos actuales.

Esta fase de conceptualización reviste pues una gran importancia, ya que es la que proporciona a la investigación sus cimientos, su perspectiva y su proyección.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3. PARADIGMA DE REFERENCIA

El inicio de esta Tesis pasa por hacer explícito desde que presupuesto paradigmático partimos ya que el paradigma es el que fundamenta cualquier trabajo de investigación.

La investigación en enfermería, como en el resto de las disciplinas, se desarrolla en el marco de determinadas estructuras o perspectivas filosóficas, teóricas y metodológicas que la orientan y que condicionan el método de investigación, el tipo de análisis de datos, así como la interpretación de resultados. Estas perspectivas son los paradigmas (Kuhn, 1962).

Todas las ciencias adoptan a lo largo de su historia un paradigma propio, que representa una visión, una perspectiva teórica aceptada por la comunidad científica, que dirige la investigación y específica que estudiar.

Un paradigma es *una concepción general del objeto de estudio de una ciencia, de los problemas que deben estudiarse, del método que debe emplearse en la investigación y de las formas de explicar, interpretar o comprender, según el caso, los resultados obtenidos por la investigación.... El paradigma reúne y relaciona ejemplos y teorías que se formulan dentro de él. Su aceptación por parte de un conjunto de investigadores diferencia a una comunidad científica de otra y constituye el fundamento válido de su práctica científica* (Kuhn, 1962).

El Profesor Siles (Siles & Garcia, 1995) define paradigma como *el conjunto de supuestos generales, leyes y técnicas que aplican y aceptan los miembros de una comunidad científica.*

Por su parte Vasilachis define los paradigmas como *los marcos teórico-metodológicos utilizados por el investigador para interpretar los fenómenos sociales en el contexto de una determinada sociedad* (Vasilachis, 1992).

El paradigma es algo más amplio y más general que una teoría, es una visión del mundo, una ventana mental, una pauta de lectura que precede a la elaboración teórica. El paradigma

es una concepción general sobre la naturaleza de la realidad, la naturaleza del hombre y sobre la manera en que éste puede conocerla.

Sin un paradigma una ciencia no tiene orientaciones y criterios de elección, todos los problemas, los métodos y las técnicas serían igualmente legítimos. Los paradigmas, deben ser vistos como lentes que ayudan a enfocar el fenómeno de interés.

Kuhn (1982) señala tres grandes paradigmas que han influido de forma determinante en la manera de pensar y practicar las ciencias y las profesiones y en la forma de interpretar el papel de la enfermera y de la comunidad en el proceso de atención a la salud (Siles, 1999). Estos paradigmas son el racional tecnológico, hermenéutico y sociocrítico.

Del paradigma adoptado depende que la realidad biopsicosocial de la persona sea considerada e implicada en el proceso de intervención de la enfermera, dando lugar al interaccionismo y el aprovechamiento del conocimiento subjetivo.

Abordamos este trabajo desde la fundamentación teórica del paradigma sociocrítico por adaptarse a las cuestiones planteadas.

Partir de un paradigma significa plantearse cuestiones como ¿que entendemos por enfermería?, ¿y por salud?, ¿cómo trabajamos el proceso de la salud con la persona?, etc.

Desde esta aproximación paradigmática, la enfermera es un agente de cambio sociosanitario, que implica a la persona en su proceso de salud, satisfacción de necesidades y en su proceso de cambio, considerándola un sujeto activo. La enfermera es copartícipe junto a la persona en este proceso de cambio.

La comunicación es su mejor herramienta para el cambio, especialmente importante para la resolución de problemas. La enfermera escucha a la persona/paciente y le observa, ve sus comportamientos, entendiendo que detrás de ellos están sus valores, sus creencias y trata de encontrar el significado que tiene para la persona el problema en su proceso de salud. La

comunicación es necesaria para saber las necesidades del otro y solo acercándonos a ellos podremos comprenderlas.

La enfermería asume una perspectiva holística y la persona/paciente ocupa el centro del proceso enfermero.

La salud la entiende como un concepto positivo y lo reelabora junto a la persona, en interacción y de forma dinámica al evolucionar su situación.

Enfermería se compromete con las nuevas realidades y con la resolución de sus problemas y su capacidad para desarrollar actividades y funciones propias de su profesión está directamente relacionada con el tipo de paradigma científico imperante.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

4. HIPÓTESIS

Entendemos hipótesis como sugerencia, no como certeza a comprobar, sugerencias sustentadas en la revisión de la literatura, que ha suscitado las siguientes cuestiones de investigación:

- La adopción internacional ha sido estudiada e investigada por diversas disciplinas, siendo deliberadamente a teórica durante mucho tiempo, por lo que el desarrollo de teorías en cuanto al fenómeno de la AI es actualmente una de las prioridades para el avance disciplinar y profesional.

1ª Hipótesis: El abordaje teórico de la AI es prioritario al haber ya demasiada investigación a teórica.

- La transición a la maternidad adoptiva es un proceso único que precisa de su estudio profundo desde la perspectiva del cuidado.
- En el proceso de adopción internacional tanto padres como hijos deben hacer frente a dificultades y circunstancias especiales.
- Existe una clara demanda por parte de los padres de recursos destinados a apoyarles, asesorarles y orientarles a lo largo de todo el proceso de adopción.
- Para planificar los recursos necesitamos explorar y comprender su experiencia y conocer esas dificultades, retos y tareas a las que se enfrentan y aquellas que generan una mayor dificultad para ellos.

2ª Hipótesis: Acercándonos y escuchando a los padres podremos comprender su experiencia y saber las necesidades que tienen, sus retos y dificultades para así poder planificar los recursos realmente necesarios.

- La falta de identificación e intervención precoz sobre los problemas que presentan los niños y las familias y la falta de los cuidados necesarios puede afectar a la calidad de vida del niño, a su desarrollo físico, emocional e intelectual e incrementar los problemas adaptativos.
- Los servicios de postadopción actuales están más dedicados a problemas sociales y psicológicos sin poder dar respuesta a los temas de salud, que son los primeros que detectan y preocupan a las familias.
- Los padres necesitan acompañamiento para lograr una adaptación familiar saludable, demandando ellos mismos recursos de apoyo, orientación y asesoramiento, al no sentirse bien preparados ni disponer de los apoyos que necesitan. Los recursos actuales, por tanto no están dando los resultados esperados.

3ª Hipótesis: Las Enfermeras como profesionales de la salud con una visión más humanista que biologicista, con un abordaje holista de la persona y responsable del cuidado y la satisfacción de las necesidades de la persona, deben integrarse en el proceso de adopción internacional y aportar el valor del cuidado profesional.

5. LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Siendo que la adopción internacional se trata de un fenómeno complejo, en el que los niños necesitan unos cuidados específicos para satisfacer sus necesidades y los padres en su transición a la paternidad y como cuidadores naturales necesitan apoyo, orientación, asesoramiento y ayuda para ello, nos preguntamos ¿las enfermeras como responsables de los cuidados profesionales deben tomar un papel activo e integrarse en el proceso de adopción internacional aportando el valor del cuidado en este proceso?



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

6. OBJETIVOS

- Sustentar teóricamente la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional desde la perspectiva enfermera.
- Explorar y comprender la experiencia de los padres de los niños de adopción internacional.
- Identificar las demandas y los recursos de los padres que pasan por la experiencia de la paternidad adoptiva.
- Identificar y analizar la aportación enfermera al proceso de adopción internacional.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

7. METODOLOGIA

Este trabajo se ha estructurado en tres subestudios con el objetivo de dar respuesta a las tres hipótesis planteadas:

7.1 Primer subestudio: Aproximaciones teóricas a la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional desde la perspectiva enfermera.

El primer subestudio de ésta Tesis se inicia con una teorización respecto al fenómeno de estudio, el cuidado y la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional y la integración de la enfermería en este proceso.

Las teorías, producto de la actividad de teorización en enfermería son el resultado formal de esta práctica de la teorización, que está dirigida a su vez por otras teorías más generales. Éstas determinan la interpretación de los problemas teóricos y los métodos que utilizarán para resolverlos lo que teorizan (Carr & Kemmis, 1988). Así todas las teorías son producto de alguna actividad práctica y toda práctica de teorización recibe influencia de alguna teoría.

La actividad del cuidado profesional, es una práctica social, conscientemente ejecutada y que sólo puede ser entendida bajo un marco más general que da sentido a lo que hacen las enfermeras. Y es que ninguna enfermera puede iniciar su práctica sin una visión previa de lo que debe hacer y sin alguna aproximación a la situación en la que va a practicar. La teoría dirige la práctica, sustenta la toma de decisiones y es el marco de referencia que le permite encontrar significado a lo que hace. La teoría es la que ilumina la práctica del cuidado.

La teoría que puede considerarse más legítima para las enfermeras es la que surge de las experiencias, los significados y los sentimientos que ellas mismas detectan, perciben y sienten

en la práctica de los cuidados y que trata de solucionar los problemas resultantes de la práctica, en la práctica y para la práctica (Morán & Guillén R, 2015).

Siguiendo a Polit & Hungler (1994), entendíamos que colocar el problema que se investiga dentro de un marco teórico resulta ventajoso para el avance de la ciencia enfermera y proporciona la base fundamental para su progreso.

El primer paso fue la realización de una amplia revisión de la literatura en las principales bases de datos en Ciencias de la Salud con el objetivo de conocer el estado de la cuestión.

Partiendo de lo que ya se había investigado sobre estos temas, le continuó un proceso crítico-reflexivo sobre las teorías subyacentes al tema.

Puesto que las teorías tratan de delimitar y especificar uno o varios conceptos sobre los cuáles se cimienta una ciencia, se identificaron aquellas que debían actuar como fundamentos de la práctica en el cuidado de enfermería y la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional.

El objetivo de este trabajo fue sustentar teóricamente la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional desde la perspectiva enfermera, tomando como referencia teorías y aportaciones derivadas de diferentes disciplinas.

Todas ellas fueron estudiadas, revisadas y completadas para que pudieran constituir el marco teórico de cualquier investigación en este tema y desde esta perspectiva.

A partir del marco de referencia de la disciplina enfermera, formado por el metaparadigma: persona, entorno, salud y cuidado, que es el que guía la práctica profesional en todos sus campos y en todos sus niveles de intervención, se analizan las aportaciones teóricas referidas a cada uno de los elementos del metaparadigma enfermero en relación a la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional.

7.2 Segundo subestudio: Transición a la maternidad en la adopción: análisis cualitativo desde la Teoría Fundamentada/Transition to motherhood in adoption: a qualitative analysis based on Grounded Theory.

En este estudio nos centramos en la mujer como principal proveedora del cuidado familiar, desde la mirada enfermera como proveedora del cuidado profesional.

Nos planteamos como objetivo general de este estudio explorar y comprender la experiencia de las madres de los niños de adopción internacional en su proceso de transición a la maternidad y convertirse en madre y como objetivos específicos: identificar las fases de su proceso e identificar las demandas y los recursos de las madres que pasan por la experiencia de la transición a la maternidad adoptiva.

El diseño de este estudio se abordó desde la metodología cualitativa ya que el propósito de la investigación era comprender un área de la que se conoce poco, en la que se quería aprender de las propias madres, conocer el fenómeno en profundidad y captar y reconstruir significados (Ruiz, 1999; Richards & Morse, 2013). Desde el paradigma sociocritico, en el que se fundamenta esta Tesis, se defiende la metodología cualitativa como la ideal para alcanzar un desarrollo óptimo en el conocimiento y en la práctica de la enfermería (Martínez, 1982; Field & Morse, 1985).

La fundamentación teórica fue el Interaccionismo Simbólico que considera al ser humano activo en su ambiente, interactuando con los demás y consigo mismo y dinámico (Charon, 2010), entiende que los seres humanos actúan ante las cosas con base al significado que éstas tienen para ellos (Blumer, 1986). Le interesa como la gente construye identidad y el sentido de sí mismos, por lo que era pertinente para el abordaje teórico de este estudio.

El marco metodológico fue la Teoría Fundamentada (Glaser & Strauss, 1973), cuyo propósito es construir teoría a partir de los datos obtenidos y su análisis sistemático, en un ir y

venir entre la obtención de datos y el análisis (Strauss & Corbin, 2002).

El ámbito de estudio fueron diferentes localidades españolas en las que vivían las participantes en el estudio, madres españolas de niños de adopción internacional menores de edad y antes de la adolescencia.

Para preguntar y experimentar (Wolcott, 1994; Kawulich, 2005) como técnicas de recogida de datos cualitativos, se realizaron entrevistas semiestructuradas a las madres de estos niños y observación participante. Para el acceso a los informantes se solicitaron los permisos oportunos en Entidades Colaboradoras de Adopción Internacional (ECAIs), Asociaciones de familias adoptantes, consultas de pediatría, unidad de pediatría social y centros sociales (Anexo 1) y se les hacía entrega de una carta de presentación a la familia (Anexo 2), con una breve explicación del estudio, que ellos podían entregar a las personas que pudieran ser candidatas a participar en el estudio. Una vez los padres contactaban con el investigador, por teléfono o correo electrónico, en respuesta a la carta y aceptada su participación en el estudio, se acordaba una cita para realizar una entrevista en profundidad, decidiendo según el deseo de los participantes la fecha, hora y lugar. En esa cita se entregaba el consentimiento informado (Anexo 3), para su firma, previa explicación detenida del estudio.

La entrevista tenía un guión de temas a tratar (Anexo 4), que se hacía de forma abierta, buscando información detallada desde el punto de vista de las madres (Lofland & Lofland, 2006) sobre la transición a la maternidad y convertirse en madre, sus vivencias, la intencionalidad de sus acciones, ideas desde su perspectiva y emociones, así como sus demandas y recursos en este complejo proceso y se variaba sensiblemente en función del análisis y la necesidad de focalizar.

Identificados los primeros informantes, mediante muestreo por conveniencia, voluntarios que respondieron a la carta entregada, se utilizó un muestreo de avalancha o la técnica de

“bola de nieve” para identificar mas participantes. Cada entrevista realizada generaba nuevos participantes alentados por los que ya habían participado y tras la buena experiencia que había sido para ellas la entrevista. La tendencia fue al muestreo teórico y deliberado según las necesidades de información que fueron surgiendo a partir del análisis de los datos que se fue haciendo de forma concurrente con la recolección de éstos y acorde a la teoría que iba emergiendo (Strauss & Corbin, 2002).

El muestro continuó hasta que el desarrollo de las categorías fue denso y las relaciones entre las categorías estaban establecidas y validadas (Strauss & Corbin, 2002; Mayan, 2001).

Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 90 minutos y fue grabada y posteriormente transcrita en su totalidad, aportando confiabilidad ya que no se dejaba nada a la memoria.

Se realizaron 10 entrevistas (Tabla 3), entre Junio de 2014 y Julio de 2015, número que fue suficiente para comprender el fenómeno de estudio y desvelar las categorías principales (Swanson, 1986) una vez alcanzada la saturación de los datos.

Cod	Familia adoptiva			Niño adoptado						
	Estado civil	Tratamientos fertilización	Hijos biológicos	Sexo	Procedencia	Abandono	Edad abandono	Institución preadoptiva	Edad adopción	Edad actual
01	Casada	Si	No	Niña	China	Si	A las 3 horas de nacer	Orfanato	11 meses	10 años
02	Casada	No	No	Niño	Colombia	Si	Recién nacido	1 familia de acogida	1 año	10 años
02	Casada	No	No	Niña	Colombia	Si	Recién nacida	3 familias de acogida	2 años	5 años
03	Casada	Si	No	Niña	Etiopie	Si	Recién nacida	Orfanato y casa de transición	7 meses	5 años
04	Separada	No	Si	Niña	China	Si	2 días	Similar a una residencia	9 meses	8 años
05	Casada	Si	No	Niño	Indio	Si	1 mes	Orfanato	4,5 años	5 años
06	Casada	No	Si	Niño	Indio	Si	Recién nacido	Orfanato	4,5 años	5 años
07	Casada	Si	No	Niño	Indio	Si	Recién nacido	Orfanato	4,5 años	5 años
08	Casada	No	No	Niño	Indio	Si	Recién nacido	Orfanato	4,5 años	5 años
09	Casada	Si	Si	Niño	China	Si	Recién nacido	Orfanato	2 años	5 años
10	Casada	Si	No	Niña	India	Si	Recién nacida	Orfanato	3,5 años	11 años

Tabla 3: Características de las informantes

En todos los encuentros el investigador adoptó una actitud cercana a las madres para, desde su posición poder comprender el fenómeno de estudio, favoreciendo un clima cálido y de confianza, una actitud empática y demostrando en todo momento el agradecimiento a la familia.

Otra fuente de datos fue la observación participante del investigador en el Servicio de Pediatría Social del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid, único en España y especializado en AI y en la primera reunión informativa a los solicitantes de AI en la Delegación de Salud y Bienestar Social de diferentes ciudades españolas. Se obtuvieron también datos en la sombra de personas cercanas a las madres (Morse, 2001).

El proceso de análisis de los datos se realizó a lo largo de todo el proceso de investigación y de forma concurrente con su obtención (Taylor & Bogdan, 1987), evolucionando en la medida que lo hacía el propio estudio y utilizando como operaciones básicas, la formulación de preguntas y la comparación (Strauss & Corbin, 2002). El método de análisis se basó en un proceso de codificación dividido en tres fases: codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva, método que contribuye al desarrollo de una teoría fundamentada en los datos (Glaser & Strauss, 1973; Strauss, 1987; Corbin & Strauss, 2015). En paralelo al proceso de codificación, se consultó bibliografía y se llevó a cabo el proceso de redacción de reflexiones analíticas o memos (Glaser & Strauss, 1973; Corbin & Strauss, 2015), recogiendo pensamientos, preguntas, interpretaciones, reflexiones, etc, como fuente de información y herramienta de reflexión.

Se mantuvo la sensibilidad teórica a lo largo de todo el proceso de investigación para generar teoría fundamentada en los datos y no en ideas preconcebidas o teorías ya existentes (Vivar, Arantzamendi, López-Dicastillo & Gordo, 2010).

Para la gestión de los datos se utilizó el programa informático Nvivo 10 (Figura 1, 2 y 3).

En cuanto a las consideraciones éticas, el protocolo de investigación fue aprobado el 6 de septiembre de 2012 por el Comité ético de investigación clínica (CEIC) del Hospital General La Mancha-Centro de Alcázar de San Juan, en Ciudad Real (Anexo 5). La participación en el estudio fue voluntaria siendo necesaria la firma del consentimiento informado diseñado para ello, consentimiento que fue en todos los casos explicado de forma oral y de forma escrita. Las grabaciones de las entrevistas se realizaron previo conocimiento y consentimiento de las madres. En todo momento se garantizó la confidencialidad de los datos y de las participantes, salvaguardando su identidad y sin que aparecieran en ningún lugar datos que pudieran suponer su identificación.

Las entrevistas se basaron en una relación de confianza mutua, respetando el derecho a que las madres no hablaran de aquellos temas que no quisieran, que no respondieran a lo que no desearan, a conocer si se sentían cómodas en todo momento y a finalizar la entrevista si ellas lo solicitaban, aunque nada de esto ocurrió en ninguna de las entrevistas.

Las entrevistas se realizaron en el lugar elegido por las madres, con total discreción y respetando su privacidad, indicándoles que el investigador no tenía ningún interés personal y ninguna vinculación con la AI, ECAIs, Servicios Sociales, etc.

Como criterio de validez, se presentó el estudio a tres madres que habían participado en la investigación. Todas ellas se identificaron con la experiencia y la consideraron representativa.



Figura 1. Nube de palabras: proceso de AI a partir de los discursos de las madres

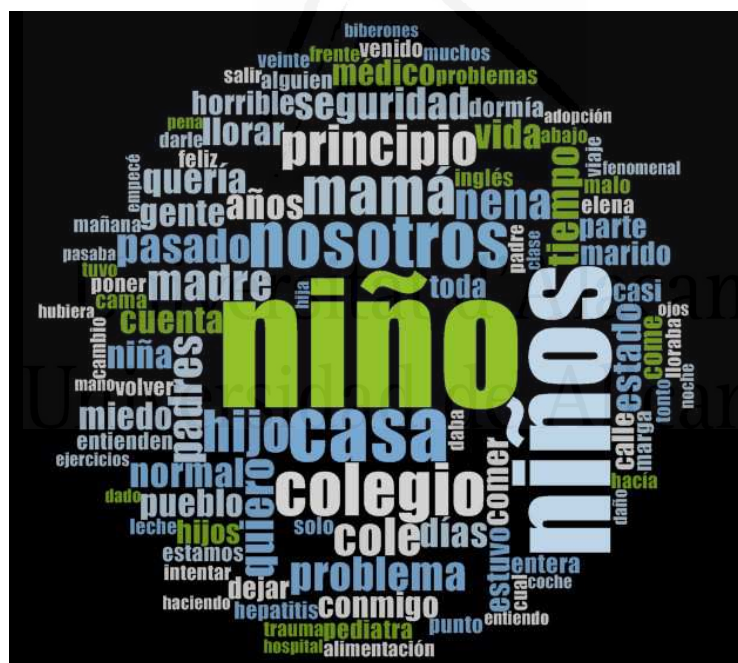


Figura 2. Nube de palabras: necesidades de los niños a partir de los discursos de las madres

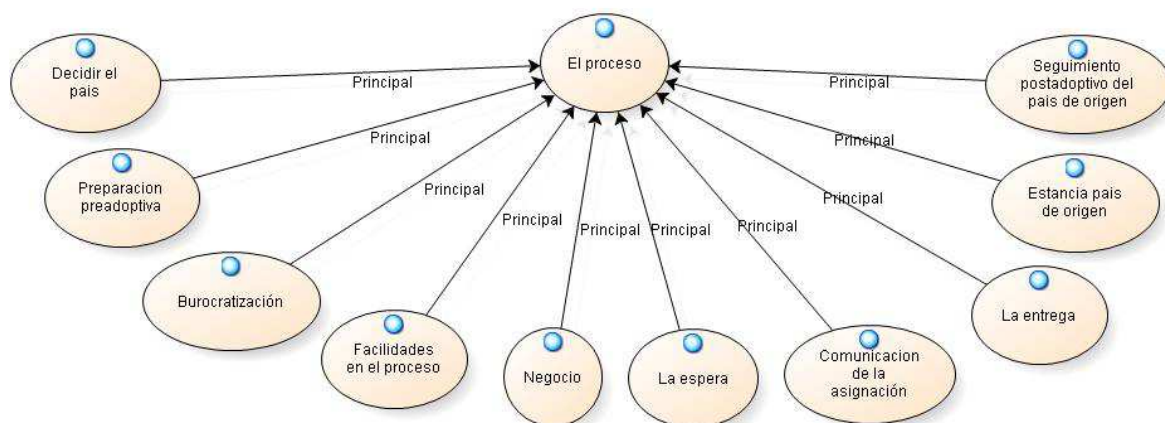


Figura 3. Gráfico del nodo: proceso a partir de los discursos de las madres



Universitat d'Alacant
 Universidad de Alicante

7.3 Tercer subestudio: El valor de la atención de enfermería en el cuidado de los niños de adopción internacional

El tercer subestudio tiene como objetivo definir la aportación enfermera al proceso de adopción internacional.

El método científico utilizado por las diferentes disciplinas, significa un abordaje sistemático para la resolución de problemas o respuesta a diferentes cuestiones. En la disciplina enfermera la aplicación del método científico es el denominado proceso enfermero (PE) o proceso de atención de enfermería (PAE).

Para definir la aportación enfermera al proceso de AI partimos del PE como marco organizado para la práctica de la enfermería profesional, que permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, abandonando la intuición o la rutina y disponiendo de un marco desde el que prestar cuidados de calidad. Para poder dar respuesta a las necesidades de salud de las personas, se hace necesaria una manera de pensar y actuar ordenada y sistemática.

El PE es “una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces” (Alfaro-LeFebre, 1998).

Se caracteriza por ser sistemático, dinámico, humanístico y centrado en objetivos/resultados (Tabla 4).

El PE se conceptualiza como un instrumento que permite poner de manifiesto la teoría enfermera situada en el núcleo de las aplicaciones llevadas a la práctica, es decir un instrumento que se caracteriza por hacer tangible en la realidad el modelo teórico que guía los cuidados.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ENFERMERO	
Sistemático	Permite la organización del trabajo, abandonando la intuición. Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo. Consta de cinco pasos, en los que de forma deliberada se realizan una serie de acciones para extremar la eficiencia y lograr resultados beneficiosos en la persona a largo plazo. Los cinco pasos son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.
Dinámico	Evoluciona según las respuestas de la persona. Es continuo, los cinco pasos se interrelacionan entre sí, cada etapa depende de la anterior y condiciona la siguiente. Responde a un cambio continuo.
Humanístico	Tanto en la planificación como en el momento de prestar los cuidados hay que tener presente los intereses, valores, preocupaciones, cultura, creencias y deseos específicos del usuario (persona, familia o comunidad), dimensión holística de los cuidados enfermeros.
Centrado en los objetivos/resultados	Las fases del PE se dirigen hacia unos resultados esperados para el paciente con la provisión de cuidados planificados y documentados.

Tabla 4. Características del proceso enfermero

El eje del proceso enfermero en la AI es el niño, sus padres, su familia y su entorno y todo el plan se dirige a la consecución de los objetivos planteados y a obtener los mejores resultados de la manera más eficiente. Los cuidados se planifican y se ofrecen considerando al niño en su conjunto, de forma holista teniendo en cuenta sus necesidades físicas, psíquicas, sociales, espirituales y especialmente aquellas que no ha podido satisfacer por su historia previa, sus intereses, valores, deseos específicos, así como a su familia y entorno. Enfermería trata de comprender sus problemas de salud y su historia de vida así como el impacto sobre su bienestar y cómo afecta a cada una de sus necesidades y a su vida en general.

Desde el punto de vista operativo, el PE se lleva a la práctica en cinco pasos: **valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación**, llevando a cabo en cada una de ellas acciones de forma deliberada y de modo eficiente con el objetivo de obtener resultados beneficiosos para el niño y su familia a largo plazo. Las fases son correlativas y se encuentran a su vez interrelacionadas, es decir cada una depende de la precedente, pero a la vez es dinámico ya que se pueden combinar actividades de una fase en otras.

La fase de **Valoración**, primera etapa del PE, implica la realización de una valoración enfermera del niño y su familia. Bajo el prisma del modelo de cuidados adoptado, que como ha quedado definido en el primer subestudio de esta Tesis es el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson, la enfermera recoge datos del niño y la familia, procesa estos datos para convertirlos en información y la organiza en categorías significativas de conocimiento o diagnósticos enfermeros (NANDA International, 2015). La valoración siempre está guiada desde el punto de vista de la disciplina enfermera.

Las enfermeras diagnostican respuestas humanas reales o potenciales a problemas de salud/procesos vitales, o la vulnerabilidad hacia esa respuesta. El foco del diagnóstico enfermero son las respuestas humanas, respuestas condicionadas por múltiples factores que pueden ser fisiológicos, otras experiencias de salud o factores genéticos y que a su vez están influenciadas por la cultura, las creencias de la persona, el género, la educación, etc.

La valoración incluye por tanto aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociales y espirituales del niño.

La fase de valoración es fundamental para poder realizar un plan de cuidados adecuado a sus necesidades y de su familia y a conseguir su máximo bienestar, independencia y adaptación.

La información se obtiene mediante entrevista con los padres y el niño, consultando los informes que aporten del país de origen y realizando una valoración completa. Esta valoración se inicia con una primera fase de cribado y una posterior valoración en profundidad. Ambas requieren recogida de datos pero responden a diferentes objetivos. En la primera fase se recogen datos objetivos y subjetivos (ambos igualmente importantes) siguiendo el registro/formulario de la institución, apoyado en un marco de valoración y guiado por un modelo enfermero.

El análisis de estos datos, la identificación de posibles diagnósticos, la necesidad de recoger nuevos datos para identificar otras respuestas humanas o de riesgo o de promoción de la salud, la necesidad de encontrar factores relacionados o factores etiológicos y características definitorias, signos y síntomas, constituye la valoración en profundidad, en la que se confirman o refutan los diagnósticos enfermeros.

Toda esta información se recoge de forma exhaustiva y se registra detalladamente en la Historia clínica electrónica, mediante el registro/formulario de la institución que como se ha señalado tiene que apoyarse en un marco de valoración y estar guiado por un modelo enfermero. El marco de valoración guía a la enfermera proporcionándole estructura que incluye los ítems a valorar.

En la fase de **Diagnóstico**, en base a los datos recogidos en la valoración, se procede a su análisis y síntesis, identificando respuestas a los problemas de salud y formulando los diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración. Los diagnósticos enfermeros tratan de delimitar los fenómenos de competencia exclusiva de enfermería ya que se refieren a problemas identificados, validados y tratados por enfermería y de los que es responsable de alcanzar los resultados planteados.

En 1990 la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) define el Diagnóstico enfermero como “juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable” (NANDA International, 2015).

Por su parte, Carpenito en 1989 determinó que “los problemas de colaboración se refieren a ciertas complicaciones fisiológicas, que controla el personal de enfermería, para detectar su aparición o cambios en su estado. Las enfermeras manejan los problemas en colaboración utilizando intervenciones prescritas por médicos e intervenciones prescritas por el personal de

enfermería, para reducir al mínimo las complicaciones de los acontecimientos” (Carpenito, 2013).

Para validar que un diagnóstico enfermero es adecuado para el niño, hay que comprobar que la definición del diagnóstico NANDA describe el estado observado, que la causa o etiología se encuentra entre los factores relacionados de ese diagnóstico enfermero NANDA y que los signos y síntomas recogidos durante la valoración constan en el listado de características definitorias del diagnóstico NANDA. En los diagnósticos de riesgo no habrá características definitorias, únicamente factores de riesgo.

A continuación se avanza hacia la **Planificación**, fase en la que se diseñan los cuidados de enfermería que conduzcan al niño y sus padres a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Esta etapa precisa de tres acciones imprescindibles que son: establecimiento de prioridades (determinar la prioridad de los problemas identificados), formulación de objetivos/resultados (NOC) y prescripción de intervenciones enfermeras (NIC).

Un resultado de enfermería (NOC) es un “estado, conducta o percepción del individuo, familia o comunidad, que se mide de forma continuada y que se puede atribuir a las intervenciones de enfermería” (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2014). Cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores utilizado para determinar el estado de la persona en relación con el resultado.

Una intervención enfermera (NIC) es “todo tratamiento basado en el conocimiento y el juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para obtener resultados sobre el paciente/cliente” (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2014).

El final de esta fase de planificación radica en plasmar por escrito el plan de cuidados del niño y su familia, incluyendo diagnósticos enfermeros, problemas interdependientes o de colaboración, resultados e intervenciones enfermeras.

La fase de **Ejecución**, es el momento de iniciar y llevar a la práctica el plan de cuidados planteado. Los resultados esperados deben ser alcanzados con la ejecución de intervenciones enfermeras y durante esta etapa, la enfermera continúa valorando al niño y a la familia con el objeto de identificar la efectividad de las intervenciones. Todo debe quedar recogido en el registro de planificación de cuidados de la Historia clínica electrónica, tanto los tratamientos enfermeros realizados, como los no llevados a cabo, así como el nivel de consecución de los resultados planteados y los problemas que han sido resueltos.

La **Evaluación**, última etapa del PE, se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona, en este caso el niño y los resultados esperados. La evaluación es continua durante todo el proceso, buscando el progreso hacia el logro de los objetivos, la satisfacción de sus necesidades y la calidad de los cuidados administrados.

Por tanto, las necesidades infantiles son el eje del modelo de intervención profesional de enfermería en el proceso de AI, actuando mediante el análisis de las necesidades del niño y su familia, en base al Modelo conceptual de Virginia Henderson. El modelo orienta la recogida y análisis de los datos de la valoración enfermera en base a las 14 necesidades que ella propone (Tabla 5), así como de los factores biológicos, sociales, psicológicos, espirituales y su historia previa que influyen en su satisfacción, llegando a diagnósticos enfermeros. Igualmente dirige la formulación de resultados e intervenciones y la posterior evaluación de los cuidados.

Para Henderson, las necesidades de la persona/familia están satisfechas cuando tiene fuerza, conocimiento y voluntad para cubrirlas, pero en ocasiones la persona/familia, desarrolla respuestas humanas que le impiden ser independiente, no pudiendo satisfacer alguna de las necesidades. La enfermera, entonces, ejerciendo su rol propio, ayuda, enseña o acompaña a la persona/familia para que realice acciones adecuadas, suficientes y correctamente para lograr satisfacer sus necesidades de forma independiente. Estas

actividades que lleva a cabo la enfermera para suplir o ayudar al paciente, lo denomina cuidados básicos de enfermería y los lleva a cabo mediante un plan de cuidados de enfermería.

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada. Vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, mediante el uso de prendas adecuadas y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.

Tabla 5. Necesidades propuestas por Virginia Henderson

En el contexto actual de los Servicios de Salud en España, la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria incluye el programa de Atención a la Salud Infantil, que determina una serie de prácticas definidas por consenso de expertos, al no existir evidencia científica, sin hacer explícito que profesional (pediatra o enfermera/o) debe prestar la atención y en qué momento de desarrollo del niño. En 2014 con el objetivo de normalizar un esquema de atención a la salud infantil en los centros de Atención Primaria y definir el profesional susceptible de prestar la atención en cada visita, la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud publicó un Documento de Consenso de Atención a

la Salud Infantil en los Centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (Servicio Madrileño de Salud. Gerencia de Atención Primaria, 2014).

Establece un esquema de atenciones programadas en el que se define tanto la edad del niño como el profesional que debe hacerlo:

	≤ 7d	2m	4m	6m	12m	18m	2a	4a	6a	9a	12a	14a
ENF	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
PED	x	x		x							x	x
Vacuna		v	v	v	v	v		v	v		v	v

ENF: Enfermera. PED: Pediatra

En base a este documento y a partir de las actividades recomendadas según la edad del niño y que se asignan a enfermería, se define la aportación enfermera al proceso de adopción internacional, añadiendo la planificación de los cuidados específica para los niños y su familia.

Los discursos de las madres que participaron en el segundo subestudio de esta Tesis constituyen la voz de las familias respecto a las necesidades de los niños.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

8. RESULTADOS

8.1 Resultados del primer subestudio: Aproximaciones teóricas a la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional desde la perspectiva enfermera.

Tras la amplia revisión bibliográfica llevada a cabo para este trabajo, el único estudio recuperado en el que se hace referencia a un modelo teórico enfermero, propone la Teoría de Cuidado de Swanson (1991) como marco teórico para la ayuda que prestan las enfermeras a las familias después de la adopción internacional (Murphy, 2009).

A pesar de que como ya se ha señalado, la satisfacción de las necesidades de estos niños es el eje central del proceso adoptivo y que cualquier niño para desarrollarse necesita tener cubiertas sus necesidades básicas, es un tema que ha sido poco estudiado. Los niños de AI vienen de experiencias de falta de cuidado, abandono, maltrato, una carga de experiencias negativas muy importante y con ello una falta de satisfacción de sus necesidades básicas desde el nacimiento y la primera infancia, etapa considerada como la de mayor vulnerabilidad de una persona.

El centro de interés de la disciplina enfermera es el cuidado de la persona, familia y comunidad que vive experiencias de salud en interacción con su medio. Las enfermeras son los profesionales de la salud con un abordaje holista de la persona y una visión más humanista que biologicista, es el profesional del equipo de salud responsable de los cuidados de la persona y la satisfacción de sus necesidades, implicada por ello en el proceso de adopción internacional (Rykkje, 2007).

Pero a pesar de que como queda patente, la AI ha sido estudiada e investigada por diversas disciplinas, uno de los problemas es que esta investigación ha sido deliberadamente

a teórica durante mucho tiempo (Berástegui, 2005, 2007).

El objetivo de este trabajo es sustentar teóricamente la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional desde la perspectiva enfermera, tomando como referencia teorías y aportaciones derivadas de diferentes disciplinas. Todas ellas han sido estudiadas, revisadas y completadas para que puedan constituir el marco teórico de cualquier investigación en este tema y desde esta perspectiva.

A partir del marco de referencia de la disciplina enfermera, formado por el metaparadigma: persona, entorno, salud y cuidado, que es el que guía la práctica profesional en todos sus campos y en todos sus niveles de intervención, se analizan las aportaciones teóricas referidas a cada uno de los elementos del metaparadigma enfermero en relación a la satisfacción de las necesidades de los niños de AI.

La persona, que para la disciplina enfermera es el receptor de los cuidados, contemplado como ser individual, en familia y/o comunidad y que incluye aspectos biológicos, psicológicos, espirituales y socioculturales que marcan el enfoque holístico de la disciplina enfermera, lo constituye el niño adoptado, su familia y comunidad. La salud, que para la disciplina enfermera es el estado de bienestar o enfermedad que experimenta la persona o el grupo y es la meta de los cuidados de enfermería, se analiza desde la Teoría de las Necesidades Infantiles de Ochaíta y Espinosa (Ochaíta & Espinosa, 2004). El entorno, que para la disciplina enfermera hace referencia a las condiciones internas y externas y a las circunstancias e influencias que afectan al desarrollo y la conducta de la persona o de los grupos, se aborda desde la Teoría Ecológica del Desarrollo Humano de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1987) y por último, el cuidado, que es el conjunto de actividades, características y atributos del profesional que proporciona el cuidado, fundamentado en el conocimiento científico, se aborda desde la Teoría de las Necesidades Humanas de Virginia Henderson (Henderson, 1955).

Teoría de las Necesidades Infantiles

El estudio riguroso de las necesidades humanas comienza en el siglo XX y desde entonces ha habido diferentes aportaciones teóricas entre las que destaca la teoría del desarrollo de Maslow (Hoffman, 2009), quien propone una serie de necesidades humanas que son universales y que las organiza de una forma jerárquica, abogando por la idea de que en la medida en que una necesidad inferior se ve satisfecha, tiende a emerger una necesidad nueva y superior. Las cinco categorías de necesidades son: fisiológicas, de seguridad, amor y pertenencia, estima y autorrealización, siendo las necesidades fisiológicas las de más bajo nivel.

Para Maslow la existencia de estas necesidades básicas son las que motivan la conducta del ser humano y de su satisfacción adecuada depende el desarrollo de la personalidad. Maslow concibe a la persona como un todo integrado, lo biológico y lo psicológico forman una unidad indisoluble, concepto holista de la persona y su desarrollo se ve gravemente comprometido cuando las necesidades básicas no están cubiertas.

Otra importante aportación teórica fue la construida por Doyal y Gough (Doyal & Gough, 1991), quienes entienden el concepto de necesidades universales como objetivos y estrategias que en caso de no ser alcanzadas por las personas, comprometen su integración satisfactoria en la sociedad. Ellos defienden que las necesidades universales son dos, salud física y autonomía, ambas indispensables e interdependientes, por lo que la no satisfacción de una de ellas compromete severamente la satisfacción de la otra.

Estas dos necesidades universales se concretan en otras necesidades secundarias o satisfactores universales cuya satisfacción es necesaria para alcanzar las necesidades universales, es decir para alcanzar la salud física y la autonomía.

Respecto a la infancia, ha habido algunas aportaciones teóricas centradas en las necesidades universales infantiles, pero es el modelo desarrollado por Ochaita y Espinosa (Ochaita & Espinosa, 2004) el que avanza en la construcción de un marco teórico que sirve de referencia para los estudios empíricos sobre el tema, la Teoría de las Necesidades Infantiles.

Su teoría de las necesidades infantiles considera al niño como sujeto activo que construye su propio desarrollo y tiende a la autonomía. Comparten con Doyal y Gough que la salud física y la autonomía son las necesidades universales de todos los niños, en todas las etapas de su desarrollo y en todos los pueblos y culturas y presentan un catálogo de necesidades secundarias o satisfactores universales más concretos, que son requisitos indispensables para que los niños puedan desarrollarse sanos y de forma autónoma y adaptarse de forma activa a la sociedad (Ochaita & Espinosa, 2004) (Tabla 6).

Todo el trabajo teórico realizado por Ochaita y Espinosa les permite aseverar sin ningún tipo de duda, que desde el nacimiento, los individuos humanos son activos y propositivos, que tienden a construir los máximos niveles de salud física y de autonomía posibles y en consecuencia a participar de forma activa en la sociedad .

La necesidad de autonomía es lo que habitualmente se entiende como necesidades psicológicas y sociales de los niños y es que, los niños necesitan satisfacer además de sus necesidades biológicas otras también de carácter psicológico y social, como el afecto, la educación, la relación con los adultos e iguales, etc.

Las necesidades de primer orden, salud física y autonomía son constructos teóricos que no necesitan demostración empírica, sin embargo las necesidades secundarias o satisfactores universales sí pueden estudiarse de forma empírica y considerarse indicadores para evaluar la satisfacción de las necesidades universales (Ochaita & Espinosa, 2004). La investigación sobre las necesidades de la infancia tiene un carácter multidisciplinar.

Una vez que el niño nace, la satisfacción de sus necesidades depende de otros, necesita ser querido y protegido por algún adulto que le proporcione cariño y seguridad. El vínculo que crea con el adulto es lo que le permite estar afectivamente seguro, explorar el resto del mundo y así ir construyendo su autonomía y manifestar su necesidad de interacción y comunicación con las personas (Ochaita & Espinosa, 2004), pero el niño que nace y vive institucionalizado durante años de su infancia, adolece de toda interacción, estimulación y vinculación y por tanto no ha podido satisfacer sus necesidades.

Las necesidades son comunes a todos los niños, pero la posibilidad de satisfacer estas necesidades puede ser en muchos casos diferente según las condiciones de los niños y en función de la etapa de desarrollo en que se encuentre el menor. Las necesidades son las mismas, pero las formas de satisfacerlas son diferentes.

Los niños que han vivido una situación de desigualdad respecto al resto de la población infantil en general, como los niños de adopción internacional que han sido en su mayoría criados en orfanatos en condiciones muy precarias con falta de estimulación, interacción, desamparo, falta de cuidado y cariño y relaciones normalmente cargadas de experiencias negativas, no han tenido las condiciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades y todo lo que esto conlleva. Ellos necesitan unos satisfactores específicos para cubrir las mismas necesidades que el resto de los niños (Ochaita, Agustin, Espinosa, 2010), porque se encuentran en una situación diferente a sus iguales, por su historia de vida y necesitan con la adopción y la ayuda profesional un entorno protector en cada uno de los sistemas, en la familia, en el colegio y con sus iguales que sean potenciadores de sus competencias y de sus habilidades (Ochaita & Espinosa, 2004). Al llegar a la familia adoptiva, las necesidades del niño son las mismas que las del resto de sus iguales, pero su satisfacción debe ser especial y adecuada a las carencias que haya sufrido durante su desarrollo (Ochaita & Espinosa, 2004).

SALUD FÍSICA	AUTONOMÍA
Alimentación adecuada	Participación activa y normas estables
Vivienda adecuada	Vinculación afectiva primaria
Vestidos e higiene adecuada	Interacción con adultos
Atención sanitaria	Interacción con iguales
Sueño y descanso	Educación formal
Espacio exterior adecuado	Educación informal
Ejercicio físico	Juego y tiempo de ocio
Protección de riesgos físicos	Protección de riesgos psicológicos
Necesidades sexuales	

Tabla 6: Catálogo de necesidades secundarias o satisfactores universales

La enfermera adopta un papel activo en el diseño y desarrollo de intervenciones de apoyo al niño y la familia en todas las fases del proceso de adopción.

Podemos afirmar que la no satisfacción de las necesidades del niño se considera maltrato (Ochaita & Espinosa, 2004), pero para poder decir si un niño ha tenido o no cubiertas sus necesidades y por tanto determinar si el niño ha recibido maltrato, es necesario analizar en profundidad los contextos o sistemas en que se ha desarrollado, así como las relaciones complejas que se producen entre ellos y si han sido capaces de satisfacer sus necesidades, partiendo de la Teoría Ecológica del Desarrollo Humano de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1987). Esta misma teoría es la que debe guiar la comprensión del proceso de adaptación del niño en sus nuevos niveles de interacción a partir de la adopción y con ayuda de la enfermera quien puede, junto a otros profesionales diseñar y desarrollar programas de orientación y apoyo a las familias.

La Teoría Ecológica del Desarrollo Humano

Uri Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1987) desarrolla una nueva perspectiva para la investigación del desarrollo humano y propone La Teoría Ecológica del Desarrollo Humano, basada en las relaciones del individuo con varios niveles y sistemas o contextos, los cuales están interrelacionados y afectan a su adaptación en las diferentes fases de la vida. Bronfenbrenner afirma que el desarrollo se produce por la interacción que se establece entre las características propias de un individuo y los diferentes entornos o sistemas en los que tiene lugar su desarrollo.

El ambiente ecológico se concibe como un conjunto de estructuras en diferentes niveles, incluidos cada uno en otro de ellos e interdependientes. Bronfenbrenner descompone lo que entendemos como medio ambiente en cuatro sistemas cuyas características y condiciones afectan al proceso de desarrollo, estos son el microsistema, mesosistema, éxosistema y macrosistema. El microsistema es el nivel más inmediato en el que se desarrolla la persona, normalmente la familia, el mesosistema incluye las relaciones de los entornos en los que participa la persona en desarrollo, el exosistema lo constituyen contextos amplios que no incluyen a la persona, por último, el macrosistema incluye los aspectos socioculturales en los que vive la persona en desarrollo. Las interacciones que un individuo mantiene con los diferentes niveles, que están interrelacionados, afectan a su adaptación en las diferentes fases de la vida (Bronfenbrenner, 1987).

A partir de la orientación ecológica, toda intervención sobre la comunidad tiene como objeto la interacción de la persona y su ambiente.

El enfoque de la Teoría ecológica de los sistemas de Bronfenbrenner ha demostrado ser un marco útil para el diseño de intervenciones en otros problemas complejos como en niños con alteraciones emocionales (Anderson & Mohr, 2003), jóvenes violentos, en casos de abuso infantil (Belsky, 1980) o en niños con necesidades especiales (Schweiger & O'Brien, 2005).

Ramona T. Mercer, enfermera teórica (1929-actual) desarrolló la teoría intermedia “*Adopción del rol maternal-convertirse en madre*”, basada en los sistemas de Bronfenbrenner.

La comprensión del proceso de adaptación desde una perspectiva de ecología del desarrollo se está convirtiendo en un enfoque indispensable (Schweiger & O’Brien, 2005; Berástegui, 2005; Palacios, 2006) que tendrá que ser abordado con urgencia por la investigación sobre adopción internacional (Berástegui, 2007).

Se proponen cuatro niveles de interacción que afectan al desarrollo de los niños adoptados y por tanto a la satisfacción de sus necesidades:

1. El microsistema es la familia adoptiva, en la que las influencias entre los padres y los niños afectan tanto a unos como a otros y el apego se concibe como bidireccional. Algunos autores (Schweiger & O’Brien, 2005) consideran que los profesionales que participan en el proceso de adopción deben intentar que coincidan las fortalezas de cada familia con las necesidades de los niños. Es decir, la identificación de la familia en la preadopción debe ser la que mejor se ajuste a las necesidades del niño. Desde esta perspectiva de los sistemas ecológicos, los padres deben recibir formación y apoyo tanto en la pre como en la post adopción para el desarrollo saludable de las relaciones.

Las relaciones entre los hermanos y entre los propios padres constituyen otro de los principios de la teoría ecológica y por tanto importante para el desarrollo de los niños adoptados. Dentro de la relación de la pareja no sólo afecta la exposición a conflictos, sino también la cooperación o la insatisfacción entre ellos muy ligado a la calidez en la crianza del niño.

2. El mesosistema también afecta a su desarrollo y lo constituyen los vínculos entre los contextos en los que el niño participa. En los casos en los que el niño tiene contacto con sus padres biológicos, se ha demostrado que es más beneficioso

continuar con esos contactos que evitarlos. Los niños que no tienen contacto con sus padres biológicos pueden llegar a idealizarlos a pesar de las experiencias de abuso que puedan haber tenido.

Su incorporación en el colegio, el rendimiento académico y las relaciones con compañeros son fuente de múltiples problemas de conducta, que desde una perspectiva ecológica predice que la calidad de las relaciones entre los padres e hijos afecta a la integración en el colegio y a las relaciones con los compañeros. Las dificultades en las relaciones con los pares son también frecuentes, resultando normalmente aislados en las relaciones escolares. Los profesionales de los entornos escolares pueden ayudar a minimizar estos problemas y proporcionar oportunidades al niño en su relación con los compañeros, para lo que necesitan una mayor formación e información sobre la adopción y las necesidades de estos niños así como un mayor apoyo académico para ellos.

3. El exosistema en este caso está conformado por los servicios sociales a los que los padres tienen que recurrir para el proceso de adopción de forma irremediable. Desde la teoría ecológica de los sistemas se hace especial hincapié en la relación de los padres con todos los profesionales que participan en el proceso de adopción internacional y en cómo estas relaciones pueden influir en la relación con el niño adoptado. Padres insatisfechos o con experiencias negativas respecto a los servicios de adopción pueden transmitir una actitud negativa sobre el niño.

Los profesionales tienen que estar cualificados para ofrecer información precisa sobre el niño antes de la adopción así como la orientación acerca del cuidado de estos niños que han sufrido abusos en su vida anterior y como lo manifiestan en la familia a lo largo de su desarrollo

4. El macrosistema, la sociedad y la cultura. La teoría de los sistemas ecológicos hace hincapié en el impacto que la sociedad tiene sobre el funcionamiento familiar y como se ven a sí mismos. La estigmatización social de la adopción, desde esta perspectiva, supone una dificultad en la adaptación del menor. La cultura general sobre la paternidad y la adopción influye en las actitudes y el afrontamiento de los padres adoptivos, de los profesionales que intervienen en la educación del menor y en la adaptación de éstos. Incidir en la cultura de la adopción es por tanto contribuir al bienestar de los niños adoptados y de las familias que adoptan (Berástegui, 2011).

Algunos autores (Palacios, 2009b), describen el microsistema familiar que incluye también el microsistema del colegio y la integración con sus compañeros, el mesosistema con la transición del niño de un país a otro, de una cultura a otra, de una institución a una familia y la transición a la filiación adoptiva, el exosistema que abarca todos aquellos profesionales que trabajan en cada una de las etapas del proceso de adopción, los cuales desempeñan tareas cruciales en la toma de decisiones, el estudio de la familia y el hogar, la preparación de los niños y los padres, el seguimiento de estos y la terapia familiar si es necesaria. Por último el macrosistema con todos aquellos aspectos socioculturales.

La adopción internacional y específicamente la satisfacción de las necesidades de estos niños es un fenómeno complejo en el que se ha constatado que diversos factores de riesgo importantes están relacionados tanto con el niño como con la familia, con el ambiente o el contexto social/cultural y con la interacción entre los niños y el contexto. Un enfoque ecológico podría ser el más procedente para explicar los vínculos entre los diferentes contextos en los que el niño participa y como afectan a su desarrollo y a la satisfacción de sus necesidades a corto y a largo plazo.

Las interacciones que el niño mantiene con los diferentes niveles, que están interrelacionados, afectan a su adaptación en las diferentes fases de la vida. Según este modelo los diferentes niveles pueden influir de forma positiva en el desarrollo del niño o por el contrario ser destructivos.

Para un correcto desarrollo físico, psicológico y social del niño es imprescindible que los contextos que rodean al niño sean capaces de satisfacer adecuadamente sus necesidades (Ochaita & Espinosa, 2004).

El modelo de Virginia Henderson

A partir de todo lo expuesto hasta ahora, centrados en la adopción internacional y más específicamente en la satisfacción de las necesidades de estos niños, consideramos que la intervención de la enfermera con el niño y la familia debe ir guiada por un modelo enfermero, ya que son los modelos los que definen y delimitan el área de competencia y responsabilidad de la profesión enfermera, su aportación a la sociedad y al resto del equipo de salud, dirigen la enseñanza, permiten crear líneas de investigación, orientan la práctica profesional así como la gestión y administración de los cuidados. Implementar un modelo conceptual en la práctica clínica significa adoptar una perspectiva disciplinar y profesional.

Estudiados y analizados en profundidad, consideramos que el modelo conceptual de Virginia Henderson (Henderson, 1955), que está incluido dentro de la escuela de necesidades y considerado dentro de la tendencia de suplencia y ayuda es el modelo que debe guiar la aportación de la profesión enfermera a la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional.

Para Henderson, la función propia de la enfermera consiste en atender a la persona, enferma o sana, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento, actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los

conocimientos necesarios. Propuso la comprensión empática, afirmando que "la enfermera debe meterse en la piel de cada uno de sus pacientes a fin de conocer lo que necesita". En la AI se puede decir que cada niño viene de una experiencia única, con una serie de carencias que le han dejado huella y que para repararla, la enfermera tiene que tener esa capacidad de ver todo lo que el niño "lleva en su mochila" y así poder ayudarle a "descargarla". Esa mochila tiene dolor, falta de cuidado, de estimulación, de cariño, de vinculación, una falta de satisfacción de las necesidades del niño. Su cuerpo, su mente y su alma están dañados.

Henderson conceptualiza a la persona como un ser único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales y considera a la persona y la familia como una unidad inseparable. Reconoce en la persona su capacidad de cambio, de afrontamiento y de interrelación con los demás y con su entorno. La persona y la familia son agente de sus propios cuidados para alcanzar la independencia en la satisfacción de sus necesidades, implicándoles y responsabilizándoles en la propia gestión de su salud.

El entorno lo considera como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de una persona, en la línea de la Teoría ecológica de Bronfenbrenner , que como ya se ha expuesto sostiene que cada uno de los contextos con los que el niño interactúa, afectan a su desarrollo y a la satisfacción de sus necesidades.

Habla de la salud como sinónimo de independencia, capacidad que posee una persona de satisfacer de manera independiente las 14 necesidades que ella identifica y que deben ser satisfechas para mantener la integridad y promover el desarrollo y en las que se basa la atención de enfermería. Esto no difiere de lo que defiende la Teoría de las Necesidades de Ochaita y Espinosa, que la salud física y la autonomía son las necesidades universales de todos los niños, en todas las etapas de su desarrollo y en todos los contextos y culturas, sino que Henderson define 14 necesidades, que corresponderían a las necesidades secundarias de

salud física y autonomía, que detallan Ochaita y Espinosa y que constituirían la base del cuidado enfermero y por tanto área autónoma de enfermería. La enfermera asume un rol independiente en los cuidados derivados de las 14 necesidades, en los que la autoridad, el control y la responsabilidad de las acciones y resultados son de la enfermera. Este servicio que ofrece enfermería a la sociedad no se lo puede dar ningún otro profesional.

Estas 14 necesidades son elementos integradores de todos los aspectos de la persona, son universales, iguales para todos los seres humanos, pero son específicas al manifestarse y satisfacerse de forma diferente en cada persona, que va en la misma línea exactamente de la Teoría de las Necesidades de Ochaita y Espinosa. Necesidad para Henderson es sinónimo de requisito, no de carencia, requisito fundamental e indispensable para mantener la armonía de todos los aspectos del ser humano y su satisfacción se ve condicionada por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona, aspectos que se interrelacionan y constituyen la visión holista de la persona que tiene la disciplina enfermera.

Identificó tres niveles de relación enfermera-paciente/persona, según su nivel de dependencia, en los que la enfermera actúa como sustituta, como colaboradora o como compañera. La intervención de la enfermera se dirige a las áreas de dependencia de la persona, tanto en la falta de conocimientos para saber que tiene que hacer y cómo hacerlo, como a la fuerza referida a por qué y para que o a la voluntad de querer hacer.

El modelo conceptual de Virginia Henderson ofrece un marco con elementos teóricos de referencia para todas y cada una de las etapas del proceso enfermero, que la propia Henderson entiende como el método adecuado para la práctica de los cuidados y que en relación a los niños de adopción internacional, en la fase de valoración la enfermera trata de identificar el grado de dependencia/independencia en la satisfacción de las 14 necesidades básicas, así como las posibles dificultades para la satisfacción de estas. Los datos se recogen y organizan en torno a estas 14 necesidades. Los resultados enfermeros planteados buscan la

independencia del niño y la familia y las intervenciones enfermeras, según este modelo, están dirigidas a restablecer o conservar la independencia del niño y su familia en la satisfacción de sus necesidades básicas, estableciendo una relación de suplencia, ayuda o compañía según su nivel de dependencia y siempre evaluando la consecución de los resultados con la provisión de cuidados enfermeros.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

8.2 Resultados del segundo subestudio: Transición a la maternidad en la adopción: análisis cualitativo desde la Teoría Fundamentada/Transition to motherhood in adoption: a qualitative analysis based on Grounded Theory.

El análisis comparativo de los datos permitió revelar los significados de la experiencia de la transición a la maternidad y convertirse en madre en la adopción internacional, proceso constituido por una serie de fases sucesivas en la que cada una influye en la siguiente y que van desde el planteamiento de la maternidad adoptiva hasta el establecimiento de su identidad materna.

Este proceso, desde la experiencia de las madres, queda definido por la categoría central: “Llegar a ser una madre terapéutica”, madre que debe aprender a sanar el daño que lleva su hijo en su mochila, esa que se ha ido llenando de experiencias como el abandono, la institucionalización o el maltrato.

Exploraremos cada una de las fases del proceso, que podrían definirse como: “El primer compromiso con la maternidad”, “Necesito tenerlo conmigo”, “Nuestra nueva realidad” y “Quiero que sea feliz”, tratando de identificar y comprender como determinados factores y entornos vitales influyen en el proceso de convertirse en madre, identificando los recursos que les ayudan y les dificultan su proceso y las necesidades que no tienen cubiertas (Figura 4).

1. “El primer compromiso con la maternidad”

El proceso de transición a la maternidad y convertirse en madre de un niño de otro país (adopción internacional), se inicia cuando se toma la decisión de no optar por la maternidad biológica y ser madre de un niño, normalmente abandonado, sin familia en su país que pueda hacerse cargo de él y que como todo niño necesita unos padres que le quieran, le cuiden, satisfagan sus necesidades y le ayuden a crecer feliz. Esta decisión habitualmente es consecuencia de la imposibilidad de engendrar hijos

biológicos por problemas de fertilidad, aunque hay familias que contemplan esta posibilidad como primera opción. En ambos casos, tomar esa decisión es el punto de partida de un larguísimo recorrido, en el que a diferencia de la maternidad biológica el tiempo es indeterminado y en el que todas las decisiones iniciales van a marcar el futuro del niño y su familia. Este es **el primer compromiso con la maternidad**.

1.1 “Sin fuerzas para intentarlo más”

Hace referencia al desgaste que sufre la mujer que desea tener un hijo biológico como primera opción y tras intentar múltiples tratamientos de fertilidad, verse continuamente sometida a presiones familiares y sociales por no poder culminar su maternidad y chocar contra múltiples barreras del sistema, etc, se va sumiendo en un estado de vulnerabilidad, tristeza, falta de autoestima e inseguridad. *“Me hicieron seis fecundaciones in vitro e imagínate como estaba, pinchándome hormonas como una loca. Me dijeron que si seguía adelante me tendrían que ingresar, porque tenía todo afectado, me estaba atacando al riñón, al hígado y todo, a todo” (01).*

Al daño físico se le une el daño emocional y agotadas las posibilidades de una maternidad biológica y en un momento especialmente difícil en su vida, demuestran ser personas resilientes, desarrollando esa capacidad de hacer frente a la adversidad y sobreponerse al dolor, tomando la decisión de seguir adelante a pesar de todo y buscando nuevas formas de llegar a convertirse en madre. Su resiliencia les hace seguir hacia su meta, se centran en conseguirla, se esfuerzan por conseguirla y se adaptan a los requisitos para conseguirla. Necesitan un periodo para asumir su duelo, para aceptar la realidad, pero mantienen la esperanza y caminan de nuevo hacia su objetivo, en su **compromiso con la maternidad** y cuando sienten que todas las puertas se les cierran, la posibilidad de la adopción es para ellas una liberación, dejarán esos tratamientos que tanta factura les pasan y ponen de nuevo todo su

empeño en ser madres de un niño, aunque tengan que renunciar a la experiencia única del embarazo y el parto. *“Entonces un día ya me plante y le dije a mi marido, mira yo así no puedo seguir o sea, bueno a mí se me fue la cabeza totalmente, me afectó de tal manera que yo le decía pues nos separamos y tú te buscas a otra y ya está. Yo era llorar y llorar era lo único que hacía y hablamos un 15 de mayo y el 16 de mayo estábamos en el Centro Social informándonos de la adopción”* (03).

1.2 “Buscando el bienestar del niño”

Pero algo que caracteriza a esta fase en su conjunto es la toma de decisiones continua que marcarán la vida y el cuidado de sus hijos y el futuro de su nueva familia. Decisiones como que país será el más apropiado para adoptar, por transparencia en el proceso, por los rasgos que diferenciarán a ese niño, por su cultura, por la identificación con el país del menor, por las dificultades para que el niño en el futuro pueda buscar sus orígenes, las trabas burocráticas, el tiempo de estancia en el país a la hora de recoger al niño, rapidez en el proceso, edades y condiciones de los menores, sabiendo que el tiempo de institucionalización y la edad del menor afectan de forma relevante y negativa a su salud, satisfacción de sus necesidades, adaptación, integración y desarrollo. *“Pues mira, nosotros hemos viajado y la verdad que Nepal y la India que nos impactó, entonces empezamos la adopción en Nepal pero cuando estábamos en ello cerró, entonces como opción a algo más parecido y a una ciudad que nos encantó y que nos parecía para nuestro corazoncito podía estar ahí en la India”* (08).

En muchos casos también hay que decidir qué tipo de problemas están dispuestos a asumir los futuros padres, niños con patologías orgánicas, niños con malformaciones, con algún déficit, decisión tremendamente complicada y trascendente para las familias.

La complejidad y la falta de apoyo les impiden tomar decisiones con suficiente conocimiento, sabiendo las repercusiones a futuro, como pueden afectar al niño y a la familia y plantearse si realmente son los padres que necesita ese niño.

Detrás de todas estas decisiones hay un profundo respeto hacia el niño y a garantizarle su bienestar, no son decisiones caprichosas, ni condicionadas por idealismos en la búsqueda del hijo perfecto, se trata de un planteamiento a futuro desde una posición realista, conscientes de que la vida de los niños dados para adopción internacional no ha sido fácil y que sus experiencias irremediabilmente les han dejado heridas que hay que ayudarles a sanar, asumiendo también así su **Compromiso con la maternidad**, entendiendo que cada niño necesita los mejores padres.

1.3 “Alguien que no me conoce decide mi maternidad”

El final de esta etapa viene marcado por la decisión de “otorgar” la idoneidad a esos padres. Tras una serie de charlas formativas, entrevistas, test y valoraciones, un equipo de psicólogo y trabajador social deciden si esos padres están capacitados para la adopción. *“Es que dices si le estoy diciendo una cosa e insisten, e insisten ¿porque juegan tanto?, es la tensión que te digan dos personas que no te conocen si si o si no”* (09). En realidad es la única forma de maternidad en la que personas ajenas son las que van a juzgar y decidir su capacidad para ser madre, ellos tienen la llave de su maternidad, pero las madres tienen que dejarles entrar en su vida, en su mundo, en su intimidad. Sienten que tienen que desnudarse ante un extraño y sacar lo más íntimo de su vida, eso tan suyo que le pertenece solo a ella. El discurso aprendido en los cursos preadoptivos es el que saben que deben verbalizar, aunque no sea su realidad, pero no hacerlo jugará en su contra. Las madres se dan permiso para todo con tal de conseguir la idoneidad, aunque les duela, aunque no encaje en sus principios o aunque sienta

sobrepasada su intimidad, su responsabilidad y su **Compromiso con la maternidad** le obliga a ello.

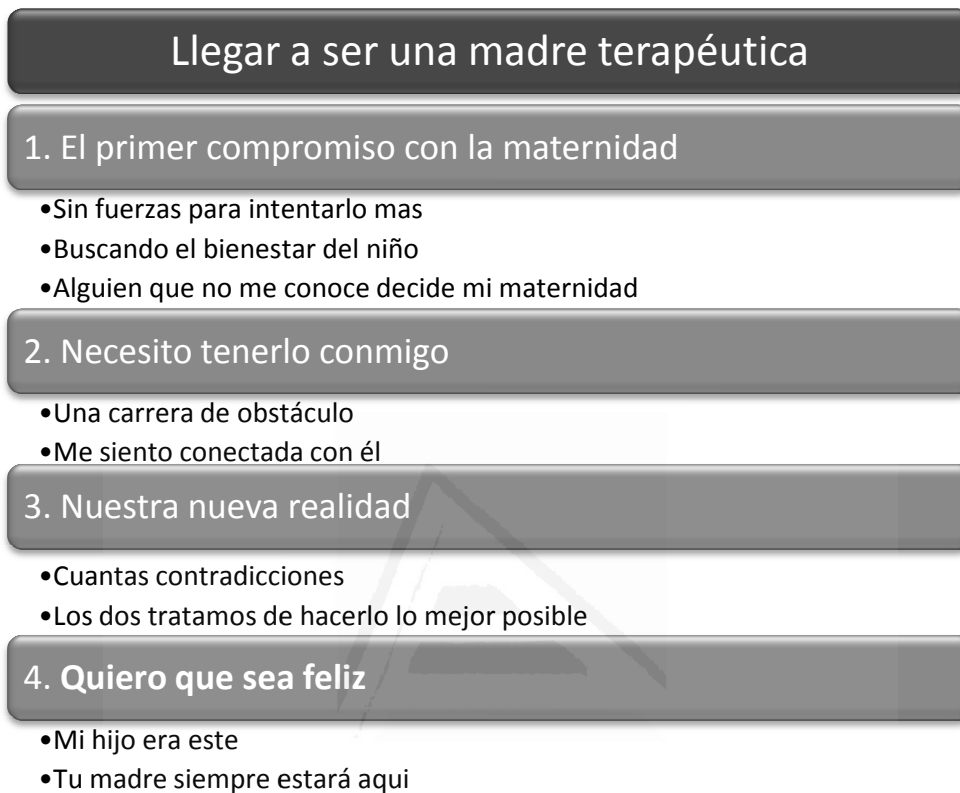


Figura 4. Con este esquema quedaría representado el proceso de transición a la maternidad y convertirse en madre en la adopción internacional, las cuatro fases identificadas y las categorías que incluyen cada una de ellas.

2. “Necesito tenerlo conmigo”

Tomadas las primeras decisiones y habiendo obtenido la idoneidad, el camino de la adopción continua y con ello el **proceso de transición a la maternidad y convertirse en madre**. “Necesito tenerlo conmigo” hace referencia a ese periodo de espera indeterminado, en el que cada día que pasa es “*tiempo perdido*” para tener a su hijo en casa y más tiempo de institucionalización del niño. Ese periodo en el que la madre siente un intenso deseo de estar con su hijo y en el que necesita tener noticias, ser guiada, escuchada, necesita comprensión y mucha empatía.

2.1 “Una carrera de obstáculos”

Una autentica carrera de obstáculos resultado de los trámites administrativos y burocráticos tanto en el país de origen del menor, como en el de la familia que adopta, presiones sociales y familiares, falta de información, noticias complejas que necesitan asesoramiento, una carrera de obstáculos en la que no se ve la meta y que provoca en las madres sentimientos muy contradictorios. Alegría, porque su deseo de ser madre ha encontrado un camino y tristeza por todos los problemas que van surgiendo, fuerza para continuar en su carrera y debilidad por el desgaste que le provoca tanto esfuerzo, estrés por todas las dificultades del proceso de adopción y paz por estar ya situada en la senda de la maternidad. Es la sensación de competir en un recorrido lleno de dificultades que pone a prueba su resistencia, su capacidad de lucha, en el que la mente y el cuerpo se ponen al límite, pero deben alcanzar su meta y con más o menos fuerza, seguirán luchando por alcanzarla, porque **Necesito tenerlo conmigo**. *“Empiezan los trámites, bueno nosotros estábamos súper mentalizados porque sabíamos que era algo muy largo, yo ya había estudiado mucho los foros, había estudiado mucho el país y empiezas a hacer el papeleo, empiezas a agobiarte ya, que si vas a Hacienda y no tiene ni idea de lo que le estás preguntando, que si tal, no tiene idea de tal, que si tienes que ir a por un papel y tarda pues tres meses y luego vas al notario y tienes que ver a siete notarios más luego el colegio de notarios, y bueno luego ya al final es como que venga, otro papelito más, pues venga. Empezamos a hacer papelitos, papeles, papelones...” (08).*

Es una carrera contrarreloj en la que cada día que pasa es un día más sin estar con el niño, un día más de institucionalización, es un día más mayor, un día más que no han podido aprovechar juntos, que sienten como una pérdida, **Necesito tenerlo conmigo**. *“Mi hijo ha tenido la mala suerte de llegar dos años más tarde” (08).*

Y la espera continua hasta que los problemas se solucionen, esperando que el proceso fluya y sobre todo esperando noticias, *“pasando el día como los yonkis, mirando el foro”* (09). Necesitan ayuda para “desengancharse”, para continuar viviendo sin esa angustia permanente, sin tanto sufrimiento, sin que todo este proceso les deje una huella imborrable. Pero ese apoyo no lo encuentran ni en las ECAIs ni en la Administración, el apoyo entre iguales es su máximo consuelo. Sienten que solo quien está embarcada en la misma experiencia es quien le escucha de forma activa y le comprende de una forma tolerante y sin juzgarle y además *“siempre están ahí”* para animar, para motivar, para compartir. Ellas si son expertas de la experiencia, comparten vivencias, comparten lenguaje y realmente quienes le aportan seguridad en un camino lleno de inseguridades e incertidumbres. *“Nosotras estábamos todo el día hablando en el whatsapp, todo el día, éramos unas pesadas. Con ellas como sabias que estaban viviendo lo mismo que tú, ha sido como muy gratificante el hecho de que cada vez que tu tuvieras un bajón, alguien estaba ahí para que te animara, y que te animara como tu sabias que te tenían que animar”* (08).

2.2 “Me siento conectada con él”

Posiblemente el momento más grande y más emocionante de este largo proceso es el anuncio de la preasignación, esa llamada tan esperada que les anuncia *“¿estás sentada?, pues ya os han asignado un niño y tengo su foto, que te envié ahora mismo”*. Ver su cara, ver que ya ha nacido, que ha crecido, que tiene nombre, que ese niño es el que va a ser su hijo, es culminar la primera cima de la montaña rusa, es dejar de imaginar para pasar a ver, es encontrar una pequeña zona de descanso en el duro ascenso. Ahora, todavía más **Necesito tenerlo conmigo**. *“Nos dieron una foto tamaño carné en blanco y negro, que era una fotocopia que no se veía nada, y yo decía: ay mamá que guapa (risas). Cuando lo conoces y sabes que.. ,supongo que es*

como cuándo vosotras veis la primera ecografía” (10). Y no solo necesitan ver su carita, necesitan sentirlo, tocarlo, buscan conectar con él y van creando ese vínculo tan especial de amor, afecto, sensibilidad, protección. “Yo me ponía la foto debajo de la almohada (llora emocionada), le ponía la mano así y parecía que estaba conmigo” (05). “Es curioso porque sueñas hasta con él, no le conoces de nada pero no dejas de soñar, aunque sea etéreo, pero hablas con él” (08).

3. “Nuestra nueva realidad”

El viaje al país de origen del menor, la entrega del niño y el regreso a casa constituyen el inicio de una nueva vida. Pero el niño no es un libro en blanco, el niño tiene escrita su historia, una historia que no se va a borrar, páginas de su biografía que no se pueden arrancar y a quien a partir de ahora sus padres le van a ayudar a escribir nuevos capítulos en una nueva realidad, **Nuestra nueva realidad**.

3.1 “Cuantas contradicciones”

Hace referencia a esos primeros pasos juntos, vivencias que para las madres están cargadas de ambivalencias y de contradicciones. Se mezcla la alegría con la tristeza, la felicidad con el rechazo, la necesidad de paz con la máxima excitación, la apertura con la protección. Y es que esa es **Nuestra nueva realidad**, en la que hay que hacer muchos encajes y muchos ajustes para iniciar esta nueva vida en común y sobre todo aceptar y respetar la conducta del niño, sus reacciones, sus manifestaciones, porque necesita sacar al exterior su dolor, su rabia, todas esas experiencias negativas que lleva en la mochila. Es una nueva etapa también difícil.

La alegría del tan esperadísimo encuentro con el niño, de poder besarlo, abrazarlo y poder llevarlo a su nuevo hogar, se mezcla para las madres con la intensa tristeza de ver que hay otros muchos niños que quedarán de nuevo institucionalizados y que no es

posible hacer feliz a todos, solo el suyo podrá vivir una nueva realidad, **Nuestra nueva realidad**. Y la alegría de sacarle de esa vida penosa, se entremezcla con la pena de apartarle de su mundo, de lo poquito que es suyo. Sienten el dolor de arrancarle, ese dolor de algo violento y que les lleva a plantearse la legitimidad de sus actos, si realmente su deseo de ser madre justifica el dolor de apartar al niño del que es su mundo y las consecuencias que puede tener para él llevarle a una nueva realidad muy distinta y en la que él también es muy distinto. Sufren por lo que pueden sufrir. *“(Habla del momento de la entrega). Fue un momento maravilloso, no sé si puedo compararlo con una madre en el momento de dar a luz, pero para mí no fue el momento más...no, el momento para mí que de verdad yo sentí que esta historia era real que terminaba en la India y empezaba en mi casa, que me hizo sentir culpable de muchas cosas y me hizo la mujer más feliz del mundo hasta hoy por ser madre, fue el momento de sacarla de allí, el momento en que nos la dieron” (10)*. Todos estos planteamientos que se hacen como madres y estas duras experiencias, les hacen sufrir por sus hijos, muestra del verdadero amor materno que siempre busca lo mejor para su hijo.

La llegada a casa con el niño está cargada de excitación, todos le quieren conocer y necesitan experimentar la vivencia de ser una familia ante el resto de la sociedad, sin embargo necesitan intimidad para ir formando el vínculo afectivo y proteger al niño de un ambiente completamente desconocido para él y que le lleva a reaccionar de forma descontrolada, que su madre debe entender y sobre todo tiene que aceptar, porque la maternidad es aceptación. *“Nosotros queríamos que poco a poco se fuera introduciendo en esta vida, no?, que iba a ser su vida, pero claro veíamos que sufría que lo pasaba mal y tu sufres de verlo sufrir” (07)*.

La alegría y la felicidad de estar juntos ya en casa, se ve empañada por la tristeza que a veces experimenta el niño, porque echa de menos su vida, recuerda a sus amigos y pide volver a verlos y es lógico cuando el menor ha pasado varios años de su vida en un orfanato o en una familia de acogida, o cuando pregunta por qué le han abandonado si todas las madres quieren a sus hijos.

Ellas quieren que hable, que exprese su dolor, que exteriorice sus sentimientos, pero a la vez sienten una inmensa pena por todo lo que le ha tocado sufrir al niño en el pasado.

Es difícil caminar juntos cuando a veces no hablan ni siquiera el mismo idioma, cuando tienen culturas diferentes, distintas costumbres, diferente educación, cuando realmente son dos desconocidos que lo primero que tienen que hacer es conocerse. Y es mucho más difícil conocer a un niño con una historia previa ya escrita, que a un bebé que acaba de nacer y tiene su libro en blanco para escribir. Pero esa es **Nuestra nueva realidad**.

3.2 “Los dos tratamos de hacerlo lo mejor posible”

Iniciar un camino en común necesita que los dos pongan de su parte, que los dos se esfuercen y necesitan diseñar un modelo de comprensión común.

Su compromiso como madre le lleva a compartir con el niño el peso de su mochila. Entre los dos deben cargarla y entre los dos intentan ir vaciándola de todas las experiencias de dolor, dejando solo aquello que el niño necesita y es parte de su historia, de su pasado, de su intimidad. Ahora toca empezar a vivir nuevas experiencias placenteras para el niño y que diluyan al menos lo vivido hasta ahora, porque borrarlo saben que no se van a poder borrar. Así van construyendo **Nuestra nueva realidad**. *“Si, si, nosotros hablamos mucho del orfanato, a ver mucho...lo suficiente como que para él tenga la cosa de que a nosotros nos importa lo que ha*

vivido y sin agobiar para que no le quemes, porque tampoco sabes lo que tiene él ahora mismo dentro de su cuerpo, no?” (08).

Madre e hijo se esfuerzan por hacerlo lo mejor posible, la madre tratando de crear ese vínculo de unión que no ha tenido la oportunidad de crear desde el embarazo y el nacimiento, pero que sabe que lo irán creando poco a poco con mucha paciencia, cariño y amor incondicional y porque sabe que el niño podrá empezar a ser feliz cuando se sienta seguro, querido y cuidado. *“A mí no me dejaba ni acercarme, ni tocarlo, solamente cuando no estaba papá y no le quedaba otro remedio. Pues te sientes que tienes que hacer el triple, que lo entiendes porque te lo han explicado que puede ocurrir y que es normal, pero...” (06).* Y el niño por temor a un nuevo abandono, tiene que demostrar que es suficientemente bueno para que no le dejen de nuevo.

Empezar esta nueva vida supone un cambio importante en la vida que han llevado hasta entonces las madres, nuevas rutinas, nueva organización en casa, nuevas tareas, nuevas relaciones, nuevas prioridades, **Nuestra nueva realidad.** *“Yo también he tenido que cambiar mis planes de trabajo, a ver, pues todo claro cuando hay una prioridad pues hay que cambiar todo” (05)* y las madres hacen todos los cambios necesarios continuando en su proceso de convertirse en madre, porque ser madre es crecer, es evolucionar y es cambiar.

4. “Quiero que sea feliz”

Pasados los primeros días el camino continúa y el niño empieza a abrir su mochila y a vaciarla poco a poco, porque ya tiene un lugar donde sentarse y descansar, donde se siente cuidado y donde entiende que puede empezar a deshacer su equipaje y liberarse de la pesada carga que ha tenido que soportar. Haber compartido este tiempo el peso

con su madre le da fuerzas para sacar las malas experiencias y el dolor que ha llevado a costas.

El camino va a seguir teniendo dificultades pero el vínculo madre/hijo es cada vez mayor y su relación cada vez más estable y así el paso del tiempo les permite abrirse al exterior y tratar de normalizar su vida, mostrándose socialmente como lo que son, como un núcleo familiar pero visiblemente señalado por la adopción para siempre.

4.1 “Mi hijo era este”

Hace referencia a esa aceptación incondicional de la madre al niño, le acepta tal y como es, con sus defectos, con sus virtudes, con sus capacidades, con sus dificultades, y es que estar juntos les deja ver con nitidez que **Mi hijo era este** y que el tiempo les ha unido, porque tenía que ser así e igual que las madres biológicas quieren a sus hijos tal y como son, ellas aman igual porque ese era el hijo que tenían que tener. *“O sea que es que fue como tenían que ser las cosas y al final te das cuenta que las cosas pasan por algo, porque mi hija era esta y era la que tenía que venir (risas) y ya está, es que no hay más, y ya te das cuenta que cuando tu ya te has comido la cabeza y estabas pensando tanto, es que no había ni nacido” (03).*

Aceptarle incondicionalmente es demostrarle el verdadero amor, respetarle porque él lo merece como ser humano y porque es una parte importante de su nueva familia. *“Yo siempre he querido a mi hija como lo que es, como mi hija” (03)*, no buscan convertirlo en el niño perfecto, buscan que llegue a lo máximo que pueda, pero sobre todo **Quiero que sea feliz.**

No es la búsqueda del niño que debería ser, o el que socialmente debe ser para ser aceptado y respetado, es el que es, marcado por un pasado que le marca su futuro en un entorno diferente al que le tenía que ver crecer. *“Yo no pretendo que mi hijo sea ingeniero pero sí que sea feliz” (02).*

Las madres están convencidas de que quieren a sus hijos de la misma forma que quieren el resto de las madres, porque *“el amor no va en la sangre”* (02), pero saben que *“los niños adoptados son niños del corazón”* (03) y esa es la relación más profunda que los puede unir.

4.2 “Tu madre siempre estará aquí”

Hace referencia a ese compromiso que adquiere la madre con su hijo al convertirse en madre, ese compromiso de ayudarlo en la vida, de estar junto a él y de caminar unidos afrontando lo que pueda venir, sabiendo que la vida de su hijo va a ser diferente.

Las diferencias raciales les hacen estar expuestos públicamente, tanto a las madres por su decisión de elegir la maternidad adoptiva, como a los niños por su condición de adoptados y parece que esto legitima cualquier comentario al respecto. A las madres se les reprochan sus decisiones, su compromiso como madre, su estilo educativo, sin ningún pudor y como ellas mismas dicen *“ha sido una maternidad muy intensa, más complicada, pero no por ellos sino porque no nos entienden”* (02) y así van limitando sus relaciones sociales y buscando una zona de confort para ellos, donde no estén poniendo permanente en duda sus competencias como madre. Hacia el niño viven todo tipo de juicios y comentarios que parecen estar justificados solo por su origen y que las madres soportan y tratan de ayudarlo a que tenga herramientas para aceptar, asumir y no decaer, porque están comprometidas como madres. *“Yo le decía, cariño mamá es gordita y papá bajito, yo soy blanca y tu de color y te lo van a decir probablemente mucho y muy a menudo tienes que familiarizarte con esto porque eres diferente al resto”* (10).

Sienten que el niño es el que más aporta en su relación madre/hijo, *“Ah, y a mi cuánta gente me ha dicho: ay! que suerte tiene el niño y dices, jo! la suerte que estoy teniendo yo con él”* (08), aunque a ojos de la gente *“han hecho una gran obra social”* (5) y es

que en realidad se sienten unas privilegiadas por haber podido ser madre, agradecidas profundamente al niño por estar con ellas y hacerlas felices. *“Nuestro hijo nos ha acogido desde el minuto uno como si fuéramos sus padres, me siento tan feliz...”* (08). Y hacia la madre biológica también expresan sentimientos profundos de agradecimiento, porque detrás de la desgracia del abandono del niño, ellas han tenido la posibilidad de ser felices como madres. *“Yo creo que es algo que como madre que te sientes tu ahora mismo, que te acuerdas mucho de ella y te acuerdas por lo general para bueno, me gustaría saber quién es su madre, me gustaría verle la cara. ...y pienso mucho que si se acordará de él. Y el otro día pensaba en ella y decía que sepas que está bien, era como mandarle a ella energía que sepas que el crio está bien* (08).

Las madres saben que el niño necesita recomponer su historia y ellas son quienes pueden aportarle el mayor número de piezas del puzzle de su vida hasta la adopción, porque el niño adoptado no borra su historia pasada, al contrario necesita conocerla, reconstruirla, asumirla y aceptarla y su madre es quien le ayuda, **Tu madre siempre estará aquí.** *“Pues le decimos, ya sabes cuando seas mayor si tú te quieres ir, te puedes ir, nosotros te queremos y tú cuando quieras volver aquí estaremos”* (07).

Saberse adoptado le hace al niño plantearse muchas preguntas con difícil respuesta y muchos deseos difíciles de cumplir, que la madre le ayudará a ir entendiendo y aceptando y como siempre en ese difícil proceso **Tu madre siempre estará aquí.** *“Ella se pasó una temporada diciendo...porque habla..y dice: ¿sabes cuál es mi mayor deseo?, y digo cual (risas), que venga un hada y me convierta en rubia como tú, o sea, ella...”* (03).

En esta etapa la madre se siente como tal, pero ciertamente, en la AI las madres van adaptándose en su rol a las necesidades de su hijo según su etapa evolutiva y la adaptación a su nueva vida y es que en su papel de madre, evolucionan y piensan

también en futuro. *“Si, sí por supuesto está adaptado, es que yo creo que este proceso no acaba nunca, aunque el niño esté fenomenal, va a tener retroceso seguro y va a tener malos momentos, no ya como un niño de aquí, si no por su condición de niño adoptado. Yo sigo leyendo e intentando todo para que sea feliz.” (07).*



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

8.3 Resultados del tercer subestudio: El valor de la atención de enfermería en el cuidado de los niños de adopción internacional

La integración de enfermería en el proceso de adopción internacional significa iniciar la atención a la familia desde el momento que deciden ser padres adoptivos e inician los trámites para ello. Como ha quedado de manifiesto en el segundo subestudio de esta Tesis, el proceso de convertirse en madre no es súbito y asociado a la entrega del niño, es un proceso evolutivo que se inicia desde el momento en que se toma la decisión de ser madre y que precisa de asesoramiento, apoyo y capacitación por parte de enfermería.

De la misma manera que se lleva a cabo el programa de atención a la mujer en el embarazo, parto y puerperio, como prestación incluida en la Cartera de Servicios Comunes de Atención Primaria, las madres adoptivas también necesitan atención para prepararse para la llegada de su hijo y así facilitar una maternidad saludable.

Desde los Servicios de Adopción, las familias una vez han sido declaradas idóneas, deben ser dirigidas al equipo de Atención Primaria (AP) y así recibir la atención, asesoramiento y apoyo necesario desde la etapa preadoptiva y en todo el proceso de adopción internacional.

En la primera consulta tras la llegada del menor, se hará una valoración completa del niño y la familia y se continuará con el programa de visitas programadas hasta que el niño cumpla 14 años y todas aquellas que se consideren necesarias a la vista de la evolución del niño, de sus necesidades y las de su familia, teniendo siempre presente que las experiencias negativas de maltrato vividas en su primera infancia van a repercutir en su salud, personalidad, en sus comportamientos, en su carácter, en la forma que va a percibir la realidad, en su desarrollo y en la convivencia familiar.

El Documento de Consenso de Atención a la Salud Infantil en los Centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (2014) propone en la primera visita:



5. ACTIVIDADES RECOMENDADAS POR EDAD

▣ 1ª visita (≤ 7 días)

→ ENFERMERA

1 Anamnesis:

- 1.1 Apertura de historia.
- 1.2 Antecedentes personales, familiares, obstétricos.
- 1.3 Cuidados generales. Alimentación. Hábito intestinal, diuresis, sueño.
- 1.4 Evaluación riesgo social.

2 Exploración física:

- 2.1 Somatometría (peso, talla, perímetro cefálico).
- 2.2 Fontanelas.
- 2.3 Aspecto general: hidratación, lesiones. Piel. Boca. Ombligo.
- 2.4 Exploración sensorial: visión y audición.

3 Intervenciones:

- 3.1 Comprobar estado vacunal y de metabolopatías.
- 3.2 Plan de cuidados según situaciones identificadas.

4 Educación para la Salud (EpS):

- Consejos a la puérpera.
- Alimentación: potenciar lactancia materna.
- Medidas de seguridad en el automóvil, prevención de accidentes y de muerte súbita.
- Exposición solar excesiva.
- Prevención de tabaquismo pasivo.

En los niños y las familias de AI a partir de este mismo esquema, procede la siguiente actuación de enfermería:

1. Anamnesis

1.1 Apertura de historia

1.2 Antecedentes personales, familiares, obstétricos

1.2.1 País de origen

1.2.2 Datos de filiación

Preguntar por el nombre de origen, nombre actual, fecha y lugar de nacimiento, fecha de llegada a la familia adoptiva.

1.2.3 Historia previa

Valoración de los informes aportados desde el país de origen del niño.

Conocer si el niño ha sido visto por el pediatra en su país de origen antes de su llegada a la familia adoptiva.

Preguntar por los datos obtenidos sobre la familia del menor, sus padres, si tenía hermanos, a que se dedicaban sus padres, situación familiar, alcoholismo, prostitución, malos tratos, etc.

Desarrollo del embarazo y el parto, control del embarazo, lugar y circunstancias del parto, peso y talla al nacer y estado del bebé.

Razón del abandono, lugar, situación, edad del niño y todos los datos que pueda aportar al respecto.

Trascurso de la vida del niño hasta la adopción, familia de acogida, institución, localización, cambios de centro/familia y razón.

Forma de vida, número de cuidadores, estilo de cuidado, condiciones de habitabilidad, relación con los cuidadores, relación con los compañeros, rutinas.

Tiempo transcurrido en cada institución/familia.

Enfermedades previas y actuales conocidas y/o cirugías. Preguntar por la edad en que la pasó, el tratamiento, secuelas, como reaccionó durante la enfermedad y todos los datos que se conozcan al respecto. Es importante saber si ha sido hospitalizado o trasfundido en alguna ocasión.

Exposición a tóxicos, adicciones.

2. Exploración física

2.1 Somatometría

Pesar, tallar y medir el perímetro cefálico.

2.2 Fontanelas

2.3 Aspecto general: hidratación, lesiones, piel, boca, ombligo.

2.4 Exploración sensorial: visión y audición

Es indispensable realizar una valoración completa del niño en base a las 14 Necesidades que propone Virginia Hénderon (José et al., 2010).



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Necesidad de respirar normalmente

Valorar si tiene tos, secreciones, si se acatarra con facilidad.

En función del país de origen del menor, la exposición a ambientes húmedos, fríos, alérgicos, contaminados, en los que el niño ha vivido hasta la adopción, puede ocasionarle problemas respiratorios como alergias, bronquitis, bronquiolitis, procesos asmáticos etc.

La vivencia de los padres:

"Al principio no sé, con el clima o lo que sea no se adaptaba, estuvimos en invierno siempre con aerosoles" (04).

"La primera bronquitis que cogió fue una bronquitis buena, una bronquitis fuerte, y luego que supongo que cada uno es como es y a él le afecta ahí y si que ha tenido cuatro catarros" (07).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Necesidad de comer y beber de forma adecuada

Valorar: tipo de dieta, alimentos preferidos, alimentos rechazados, inapetencia, voracidad, náuseas o vómitos, intolerancias alimentarias, dificultad para masticar o para tragar, ayuda que necesita para la alimentación, horarios de comidas, entorno en el que realiza las comidas, comida entre horas.

En función de la cultura del país de origen, la alimentación recibida hasta la adopción, la introducción de los alimentos, las privaciones que ha sufrido, las pautas seguidas hasta entonces en cuanto a la alimentación (horarios, texturas, uso de cubiertos, enseres compartidos) y el afecto recibido, los niños pueden presentar diferentes problemas.

Tratar de recabar toda la información posible para poder comprender/identificar:

Posibles intolerancias por la introducción temprana de determinados alimentos.

Conductas de acaparamiento de comida o bebida en niños que han tenido muchas restricciones de alimentos o agua.

Alimentación compulsiva por no haber experimentado nunca la sensación de plenitud.

Dificultad para masticar o tragar por haber tenido siempre una alimentación triturada o un mal estado de la dentadura.

Rechazo a la comida por desconocimiento de olores, sabores texturas, etc.

La vivencia de los padres

"Más que comer compulsivamente era beber, porque allí el agua, supongo que sería también por los pipís de la noche y tal la tenían como muy racionada. Ahora es como más moderado. Pero sí que es verdad que ahora, está enredando y le dices, venga que ya no quieres más y todo muy aquí, aquí a la vista. O sea, aquí no, aquí, que él la vea" (07).

"Estaba comiendo y a la chiquilla se le caían las migas, se agachaba al suelo a comérselas, o sea, imagínate" (10).

"Allí no comen cinco veces al día, pues comerán dos, tres y ya está" (08).

"Comparado con los niños de aquí yo creo que es más bajito que los demás" (07).

"El tema de haberle dado huevo con cuatro meses, que ahí tuvo de los cuatro a los siete meses un parón de crecimiento... pobrecilla, que lástima, pero allí lo que quieren es que no tiren tanto de papillas" (01).

"Comía con mucha ansiedad al principio" (02).

"Yo me di cuenta que la papilla que le daban allí no le sentaba bien, no le sentaba bien porque a ver, tu aquí cuando empieza un niño a comer frutas, que si manzana, que si pera, claro, allí era lo que había, que si maracuyá. ¿sabes? comen frutas fuertes" (03).

"Les daban doce tomas al día, pero te cuento, son tres tragos y se lo pasan al siguiente. Era de leche de arroz. Mira yo cuando la cogí es que estaba esquelética vamos se le notaban todos los huesecitos. Comen leche de arroz, les hacen unas papillitas y ya está" (01).

"Comen todos los días, no les falta comida, pero todos comen arroz, pasta, pollo, algún huevo, le dan unas gotitas con vitaminas, viven del voluntariado, fruta también comen a veces, a ver, viven del voluntariado..." (05).

"Se tomaba unos platos de arroz como sopa de caldo, comían arroz con unos trocitos de verdura y de pollo, unos caldos así como muy acuosos, sin nada de grasa, todo muy desleído, parecía un aguachirri" (06).

"Yo siempre que le daba de comer, le daba una cuchara para que ella...y desde muy chiquitita ella...se ha puesto hecha una pena pero...que no quería que le dieras tú, quería ella manejarlo" (01).

Necesidad de eliminar los desechos corporales

Valorar: continencia urinaria y fecal, frecuencia de la eliminación urinaria y la defecación, características de la orina y las heces, hábitos que dificultan o ayudan a la eliminación, necesidad del uso de pañal, suduración o pérdida de líquidos.

En función del tipo y las condiciones de residencia en la que el niño ha vivido hasta la adopción (familia de acogida u orfanato), el tipo de cuidado recibido por los cuidadores, la cultura del país y en general las vivencias previas, los niños pueden presentar diferentes problemas.

Recabar la máxima información posible para poder comprender/identificar:

Dolores abdominales, picor en los genitales, diarreas, heces malolientes etc. por parásitos intestinal.

Enuresis diurna y nocturna por costumbre de estar permanentemente húmedo por falta de rutina en los cambios de pañal en su vida previa.

Enuresis y/o encopresis por falta de madurez, por temor ante una nueva realidad desconocida y estresante.

Suduración profusa por diferencias en la temperatura ambiente en la que vivían y en la actual.

La vivencia de los padres:

"Estos niños de estar continuamente siempre con el pañal puesto, siempre mojados, sobre todos los rusos, hay niñas que se hacen pis encima porque como han conocido esta humedad siempre...se lo hacen aposta porque ellas es lo que han conocido de siempre" (01).

"A ella nunca le habían puesto pañal, así que el pañal no lo quería por nada. Allí les ponen un trapo y los cambian una vez al día" (04).

"Si, si lleva pañal, pero se avergüenza. Su padre le dice eres muy mayor para hacerte pis, es que no lo entiendo de verdad, porque tú en el hotel no te hacías...y tú, esto nos estás tomando el pelo, pero no, al principio controlaba porque, como me pillen igual me devuelven, como me pillen igual me regañan y está dejando de controlar, se está soltando" (06).

"Si, porqué ella llegó...umm, tenía caca hasta las orejas, cuando yo le quité el pañal y vi que todo lo tenía en carne viva" (01).

"Vino con pañal. Las cacas nos costó año y medio y luego pues eso es que todos vienen con mochila, te guste o no" (09).

"Tuvo un retroceso al hacer cacas, que se lo empezó hacer un poquito encima, sabíamos que era un retroceso pero tampoco sabíamos cómo actuar" (08).

"Ellos pañales no utilizan...no, ellos lo que hacen es que los pijamas y toda la ropita de bebé lleva una rajita en el culo, entonces cuando ellos calculan pizca más o menos cuando el niño va hacer caca, le separan y ya está" (01).

Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada

Valorar: la actividad en la vida cotidiana, la capacidad para moverse de forma independiente, ejercicio físico habitual, posturas que adopta al sentarse, al dormir, fuerza, equilibrio, destreza, amplitud de movimientos, precisión.

En función de las condiciones de habitabilidad de la institución, la estimulación recibida, la alimentación y otras variables determinantes, los niños pueden presentar diferentes problemas.

Tratar de recabar la máxima información posible para poder comprender/identificar:

Rigideces o laxitudes por escasa movilidad, falta de ejercicio, espacios reducidos para el movimiento o falta de estimulación.

Dificultad para el movimiento fino y/o grueso por falta de estimulación y ejercitación.

Tropezos, caídas, falta de habilidad y destreza en el movimiento.

Incapacidad para caminar distancias más o menos largas en niños que a veces nunca han pisado la calle previamente.

Rechazo a pasear por la calle por temor a lo desconocido.

La vivencia de los padres:

"... su espacio era limitado, es un espacio pequeño y ahora pues bueno se cansan mucho cuando andan" (07).

"No andaba, iba a cuatro patas, iba a gatas, pero mira fíjate todavía tiene los bracitos ahí, pero ya se le ve de otra manera, ya está mejor" (01).

"Vienen tan blanquitas porque no les da el sol, que luego dicen que las sacaban a pasear, mentira, no les da el sol, no las sacan de allí" (04).

"Yo no lo había apreciado, pero me dicen que había un poquito de rigidez, que le ve andar como Robocop, un poquito tieso, las articulaciones como muy duras y a la hora de correr (yo no me había dado cuenta) y tengo dos hijos, pero bueno alguien que se dedica a eso y está con niños. Probablemente no ha podido correr por el campo, ni montar en bici al estar en un espacio más cerrado, entonces él no, y probablemente lo del baile, que él no era bailongo era porque tenía sus dificultades" (06).



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Necesidad de dormir y descansar

Valorar: horas de sueño durante la noche y durante el día, horario de inicio y fin del sueño, rituales para irse a la cama y para permanecer en ella, nivel de energía durante el día, entorno para el sueño y el descanso.

Consecuencia de los hábitos de descanso/sueño hasta la adopción y del estado del niño, puede presentar diferentes problemas en su necesidad de dormir y descansar.

Recabar información en cuanto a hábitos de sueño, condiciones para el sueño/descanso durante la institucionalización (si lo hacían en habitación compartida, con luz permanente, en oscuridad permanente, con algún objeto personal, en compañía de un cuidador, etc.) para intentar comprender/identificar:

Terrores nocturnos, pesadillas, miedo a la oscuridad.

Dificultad para conciliar el sueño.

Inquietud nocturna, levantarse a media noche, dormir periodos de tiempo cortos, etc.

Cantarse, mecerse cómo rutinas previas al sueño.

La vivencia de los padres:

"Al principio dormía hecha un cuatro y boca abajo y encogida en un rincón de la cuna...asi" (01).

"No quería estar en la cuna, hacía nada más que así (...) en los barrotes todo el rato, era muy nerviosa" (04).

"A ver...nosotros hemos practicado más con él porque lo ha demandado más que la nena el colecho, dormía con nosotros. Y a mí me parece super positivo, habrá gente que diga que no, pero yo si lo hice y fenomenal, porque le da seguridad a él y yo estaba encantada. Yo lo

metía en la cama y el dormía mejor, de la otra forma siempre nos reclamaba o tal y yo veía que estaba más nervioso" (02).

"Le veo en su camita tan...cuando se mete y se tapa, como que siente el cobijo de un hogar" (06).

"A veces todavía tiene pesadillas, pero no cuenta todo lo que sueña, dice que sueña cosas malas, que sueña algo conmigo, pero no cuenta lo que sueña, no lo cuenta y tampoco lo forzamos a que lo cuente porque es una cosa suya y ya está, lloriquea, se toca y hace así.. y no sabemos lo que es, supongo que entra dentro del proceso normal" (07).

"El duerme en su habitación y nosotros en la nuestra. Alguna vez ha tenido miedos y hemos tenido que estar ahí agarrándole de la mano y tal. La primera semana durmió como un bebé y luego ya empezó a dormir mal pero yo creo que eran los cambios que estaba sacando y luego de vez en cuando, alguna vez pues lo típico los miedos, alguna vez agarrado de la mano, tranquilo que los papás estamos ahí" (09).

"Al meterle a la cama se cantaba él solo, era como si se calmara solo a sí mismo, entonces ahora por las noches ya casi no canta" (08).

Necesidad de vestirse y elegir la ropa adecuada

Valorar: ropa y calzado habitual, prendas y objetos de ropa más deseados y con un significado especial, capacidad para vestirse solo.

La cultura y la temperatura media del país de origen, así como las condiciones y normas de la institución, son determinantes para la aparición de problemas relacionados con la necesidad de vestirse y arreglarse. Es necesario conocer las rutinas previas para comprender/identificar:

Rechazo a vestirse por falta de costumbre o miedo a salir de casa por temor a un nuevo abandono.

Rechazo a calzarse por falta de costumbre, deformidades anatómicas, heridas, sensación de dificultad para caminar.

Deseo de utilizar siempre la misma ropa consecuencia de imposiciones previas.

Problemas dermatológicos al contacto con la piel de determinados tejidos.

Intolerancia a la ropa de abrigo o deseo de ir muy abrigado

La vivencia de los padres:

"Tampoco usaba zapatos, el zapato no lo quería, pero a eso se acostumbró, de hecho luego ya se volvió más presumida" (04).

"Allí yo creo que tenían la ropa común y ropa que les darán por tandadas y los veías a todos iguales, para las fotos los ponían a todos iguales y luego vas y los ves a cada uno con un...a lo mejor ves a uno que lleva unas zapatillas que le sobran como esto, o a otro que le hacen las uñas así de cómo les van las zapatillas" (05).

"Si que tropieza pero yo creo que es a lo mejor por los zapatos porque no están acostumbrados a llevar los zapatos de aquí, ellos están acostumbrados a llevar los típicos,

los crocs estos así, chanclas, muchas chanclas, entonces claro a lo mejor los zapatos de aquí" (07).

"Lo que hemos conseguido ahora a los 12 años es calzarla porque siempre estaba descalza, siempre, siempre, en la escuela, en la casa, donde fuera" (10).

"Él sabía vestirse y un día dejó de vestirse, y entonces no había forma de que él entendiera de que en casa cada vez que veníamos hay que cambiarse la ropa y tal, entonces claro, yo no sabía si le podía vestir a un niño que se sabe vestir o no, o tal, entonces te queda un poco la duda" (08).

"Rabietas eran todos los días a raíz de la ropa. En casa es, tu llegas a casa, te quitas los zapatos, los guardas en el zapatero, te vas a la habitación y te cambias de ropa y te pones la ropa de casa y luego vas a comer, haces lo que quieras y cuando vas a la calle te vuelves a cambiar de ropa. Eso es una norma que hay en casa desde el primer día y como buena norma hay que aprenderla. Entonces empezamos y todos los días era rabieta cada vez que se ponía la ropa una rabieta, cuando se tenía que vestir para estar en casa. Significaba algo, era como que le veías y a ti te daba una cosa en el corazón como que no sé qué te pasa, no sé..." (08).

Necesidad de mantener la temperatura corporal

Valorar: temperatura corporal habitual, sensación de frío o sudoración, adaptación a las temperaturas extremas, capacidad para adaptarse a los cambios de temperatura, respuesta a los cambios de temperatura, condiciones de la vivienda.

Las temperaturas medias del país de origen y de la institución son determinantes para la aparición de posibles problemas de adaptación del menor al nuevo país y vivienda de residencia como:

Mala tolerancia al calor o al frío.

Rechazo a ir abrigado o poco abrigado.

La vivencia de los padres:

"Es un niño muy caluroso, suda mucho, se mueve mucho, suda mucho y el frío si que lo lleva mal. Claro el dice allí en, que es su orfanato, hace mucho calor, ya hijo ya lo sé, y aquí suda mucho y es curioso porque allí hace muchísimo calor y allí no suda" (07).

Necesidad de mantener la higiene corporal

Valorar: higiene y aspecto corporal, bucal, del pelo, uñas, capacidad para realizar la higiene él mismo, estado de la piel y de las mucosas, lesiones, cicatrices.

Las condiciones sociosanitarios del país y la institución, la cultura, la rutinas y costumbres hasta la adopción pueden desencadenar problemas en el niño.

Es necesario recabar información que ayude a comprender/identificar:

Rechazo a la ducha/baño por falta de experiencia o experiencias desagradables con agua excesivamente fría, jabones abrasivos, toallas ásperas etc.

Terror al lavado del pelo por malas experiencias previas.

Lesiones en la piel, heridas, cicatrices, hematomas por faltas de cuidados y/o maltrato.

La vivencia de los padres:

"A ellos se les cayó al suelo, porque yo le vi que traía una costra, esa costra conforme va creciendo, pues tiene una cicatriz que conforme va creciendo se le va haciendo más grande, tiene una calvita" (01).

"Cuando yo llegue y me la dieron tenía la frente morada entera, entonces le pregunté a la cuidadora, pero mira como me hablaba en chino, ja ja ja. En otro sitio y con mi marido que habla un poquito de inglés, pues nos dijeron que allí a los niños las vacunas se las ponen en la frente, entonces le había pillado una vena y que por eso... (04).

"Porque claro como hay tantos "pipis" y tal los tienen rapados..., a todos con la cabeza de bolilla" (03).

"El tema del baño ya fue..., que al tercer día ya dije, bueno ya no puedes pasar otro día....es que olía muy mal. Pues fue una cosa...,claro, cuando ella vio la bañera y que la íbamos a meter dentro, se puso a llorar como diciendo...que me estáis haciendo?...sabes?" (01).

"En el primer cambio de pañal, la nena vímos que estaba herniada y no nos habían dicho nada. Claro yo no había visto eso en mi vida, cuando la veo de llorar y le veo un bulto como la mano" (03).

"La piel es lo único que trajo atópica y la tiene igual. Por más que le echo, ya le puedo echar aceite de oliva, de aceite Jhonson, las mejores cremas, como un lagarto, de cintura para arriba no, de cintura para abajo las piernas le haces así y son escamas. Tiene las piernas como una serpiente, cuarteadas" (04).

"No era el caso del mío, pero su hija estuvo en un orfanato con muchas limitaciones y por ejemplo lo del baño era un drama, a la hora de meterse debajo de la ducha era un horror" (06).

"Lo ves ducharse y se ducha como una persona mayor, perfectamente, se agacha, se limpia los pies, se limpia las piernas, la espalda, el culo, todo, allí lo hacían a balde, o sea las necesidades o sea, el pis, las cacas, todo perfecto, sea sabía peinarse, lavarse los dientes, todo solo" (05).

Evitar los peligros del entorno

Valorar: estado de ánimo, autoconocimiento, percepción de sí mismo y de su situación, entorno de seguridad en el que vive, alergias, tratamientos, orientación en tiempo y espacio, alteraciones sensoriales o perceptivas, dolor, accidentes, caídas, violencia, maltrato, abusos, procedimientos invasivos realizados.

La madurez, las experiencias y las costumbres vividas hasta entonces son decisivas para la aparición de problemas en esta área.

Toda la información sobre su vida preadoptiva es necesaria para comprender/identificar:

Socialización excesiva, niños que se van con cualquier persona aún sin conocerla.

Falta de sensación de peligro para cruzar, asomarse a las ventanas, correr alocadamente, etc.

Caídas, tropiezos, movimientos torpes por falta de estimulación y ejercitación.

La vivencia de los padres:

"La única vez que ha estado malo y ahí sí le vi al pobrecito desprotegido, desprotegido se sintió, era la primera vez que estaba malo con muchísima fiebre y lloraba, solo lloraba, le caían las lágrimas sin hacer ruido ni nada, sin hacer ruido solo le caían lagrimas y lagrimas y un miedo. Yo no sé si ha estado allí ingresado" (05).

"Tienen un informe tipo que se lo dan a todos y con las vacunas igual. Me dieron una cartilla con todas las vacunas, yo vine y se las volví a poner porque no te fías y como no tiene efectos secundarios pues se las ponemos otra vez" (04).

"Es un niño que es mucho más inquieto que los demás, es un crío que le cuesta más comprender que a otros, es un crío ..." (02).

"El otro día hubo una fiesta en un chiqui park y no lo quise llevar porque digo, voy a tener que darle explicación a la monitora que si se cae el niño y se hace sangre..sabes? (Tiene hepatitis B) y por ahora no me apetece dar ese tipo de explicaciones porque hay gente para todo, hay gente muy inculta, sabes? Entonces, a ver que yo sé que no pasa nada con los demás niños pero a lo mejor pues eso, una monitora, es muy difícil y muy complicado pero.. Porque digo, ¡jo! lo voy a dejar allí solo, voy a tener que decirlo y solo falta que haya alguna madre de estas de uy! Tiene una enfermedad infecciosa" (05).

"Se caía y todo de las rabietas, y se quedaba...una vez se me cayó, madre mía y se hizo aquí una herida que hasta que no nos fuimos a la playa no se le curó. Me decían, no le hagas caso y entonces hacia unas cosas!. La nena también ha tenido alguna pero menos, de menos intensidad" (02).

"Este niño viene de hacer un cambio dramático, de hecho, él me pregunta todos los días todavía cuando le dejo, luego vienes, ¿vale?" (06).

"Es súper cariñoso pero yo veo que ya está empezando también a perder eso y tampoco me parece mal. Porque al principio era un niño excesivamente cariñoso y ahora ya sí que es, está como empezando a decidir que me parece muy bien también, ¿eh? Porque luego también en la calle a mi me da como mucho miedo porque se va con cualquiera. De hecho el otro día en un parque le dije, tú tienes una mamá y tú tienes que estar conmigo y si tú ves a una persona, era una chica en este caso, en un parque cerrado, no al aire y le agarraba la mano y le dije no...y claro es difícil hacerles entender que no se pueden ir con todo el mundo cuando ellos han estado en un sitio en el que todo el mundo que iba les hacía algo" (08).

"La verdad es que en la calle se desorienta un poquito, se revoluciona un poco, entonces ahora estamos con unas pautas de hacer cosas en la calle" (08).

"Tiene lo de la hepatitis. No sé si fue por la vacunación o en principio puede ser transmitido por la madre, pero bueno, también es casualidad que sean la mayoría de los niños que tienen eso" (07).

"No quería salir a ningún sitio, la casa le daba seguridad, pero la calle le daba inseguridad, entiendo que tampoco él sabía dónde íbamos. ...pero si que había momentos que nosotros queríamos que saliese un poco, que poco a poco se fuera introduciendo en esta vida, ¿no?, ¿qué iba a ser su vida, pero claro veíamos que sufría que lo pasaba mal y tu sufres de verlo sufrir, pero claro que haces, te quedas en casa? Pues no, teníamos que intentar que viese que no pasaba nada, entonces eran periodos cortos, salíamos a comprar y él veía que volvíamos, vamos aquí pero volvemos, darle esa seguridad de que vamos pero vamos a volver, que no te vamos a dejar que vamos a volver, entonces ya poco a poco fue perdiendo ese miedo" (07).

"Una de las cosas que me llamó mucho la atención es que parece ser que todos los asiáticos de serie, todos ya lo llevan genéticamente, son alérgicos a los ácaros. Bueno, esta tiene todas las alergias habidas y por haber" (01).

Necesidad de comunicarse con los otros

Valorar: limitaciones cognitivas, uso de otras formas de comunicarse, estructura y dinámica familiar, condiciones del entorno, parentesco, relaciones anteriores, valores y creencias.

En el caso de la adopción internacional la necesidad de comunicarse no sólo de forma verbal, sino emocional y de vinculación con la nueva familia es una de las más relevantes y a las que hay que prestar especial atención.

El vínculo como relación de confianza entre el niño y su cuidador principal, habitualmente la madre, es esencial para su funcionamiento estable a lo largo del desarrollo. Una vinculación segura le permite estar seguro y comunicarse con los demás. Pero en el caso de los niños de adopción internacional sus vínculos afectivos han quedado interrumpidos en una o varias ocasiones y deben reelaborarse. El trastorno de la vinculación en la infancia se caracteriza por anomalías persistentes en las formas de relación social del niño, que se acompaña de alteraciones emocionales reactivas a cambio en sus circunstancias ambientales.

El apego es ese vínculo emocional que desarrolla el niño con su cuidador principal, que le da seguridad emocional.

Pero cuando se produce una falta de confianza en los cuidadores, como en el caso de los niños de adopción internacional, estos perciben el mundo como un lugar hostil, amenazador.

Es imprescindible recabar la máxima información para tratar de identificar/comprender:

Falta de contacto ocular, niños que no miran a los ojos, que los evitan, que pierden la mirada.

Impulsividad y reacciones desproporcionadas.

Evitación de demostraciones de afecto, rechazo a las caricias, a los abrazos, a los besos.

Conductas agresivas y destructivas consigo mismo y con los demás.

Posturas rígidas.

Llanto desconsolado o por el contrario ausencia de llanto.

Pero la adopción le hace romper otros vínculos con las únicas personas que han sido parte de su vida hasta entonces, sus cuidadores, sus compañeros y esto les ocasiona también problemas:

Desesperanza por los amigos que han dejado en el orfanato, por sus cuidadores.

Tristeza por dejar su vida hasta entonces.

En cuanto al lenguaje verbal, la lengua materna, el contacto y la interacción con adultos y el desarrollo del niño, son factores determinantes para la aparición de problemas relacionados con la necesidad de comunicarse con los demás. Son niños que llegan a una familia en la que se habla un idioma diferente, con una entonación diferente, con un tono de voz diferente que supone una gran barrera para la adaptación inicial del niño y desencadenante de problemas.

Es importante recabar la máxima información para tratar de identificar/entender:

Niños desobedientes por no entender lo que se les dice.

Dificultad para la relación con sus iguales.

Retraimiento por dificultad para comunicarse.

Llanto y desesperación por no poder expresarse.

Rigidez ante la presencia de extraños.

Miedo a las reacciones de los adultos a quienes no comprende.

Necesidad de saber en todo momento que se va hacer y que va a pasar.

La vivencia de los padres:

"Empezó cogiendo el apego con papá a mi no me dejaba, vale?, ni acercarme, ni tocarlo, solamente cuando no estaba papá y no le quedaba otra solución, otro remedio, estaba conmigo, era todo... Como allí la figura del hombre es lo más, sabes?, allí el hombre es lo más y ellos, en el orfanato no entra ningún hombre, solamente entra el médico y a lo mejor el guía el que lleva a los padres pero no entran hombres, entonces para ellos el padre es el protector" (05).

"Yo creo que tampoco habla mucho porque yo creo que aún no llega a poder exteriorizar a poder expresar eso con palabras, me parece a mí" (08).

"Claro, porque allí en China no se dan besos, ni las madres a sus propios hijos ni nada" (01).

"No quería saber nada de nadie solo con nosotros y ya está nada más, estábamos los tres juntos" (07).

"Le falta mucho vocabulario y le falta construir frases porque no las ordena, pero claro como nosotros sabemos de qué habla, si a lo mejor dice cuatro palabras ya le entendemos" (07).

"Al principio fue duro, porque yo le decía a mi marido, claro, ahora tú te vas a ir a trabajar el lunes y yo ahora ¿cómo le hablo?. Y me decía, ya verás como os vais a entender, es ella la que...debe ser el instinto de supervivencia, es ella la que llevaba la voz cantante" (10).

"Si, porque nosotros íbamos preparados para el tema del labio leporino, apenas se le nota, el paladar pues bueno, le cuesta decir fonemas y tal pero claro la audición, pues está aprendiendo a hablar ahora y eso que ahora ya se ha soltado un poquito, le cuesta vocalizar, entonces se le juntan las dos cositas y eso es lo que llevo mal" (09).

"Sus cuidadoras eran sus cuidadoras las que lo cuidaban y tal, la sister. Ahora hay menos niños pero han llegado a ser 300, así que imagínate el vínculo que pueden hacer con esos niños. Además son niños que se van a ir y que bueno, a mi me resulta curioso que él sea tan cariñoso, curioso en el sentido de que si no lo ha visto, como puede ser así" (07).

"Este verano me ha dicho por primera vez: mamá te quiero mucho, cuando llevaba tres años con nosotros, casi me tienen que recoger del suelo" (09).

"Él lloró el día que salimos, porque le hacen allí como una fiesta de despedida, le rezan una oración y un canto a Madre Teresa y hay una virgencita y hacen una oración, un canto y luego van pasando la sister y los amiguitos a darle un beso a él y a mí. Nos vamos y es para siempre y ya el niño cuando lo sacan al exterior, porque no han salido casi apenas de allí, ya sabe que deja aquello y que se va para siempre. Y lo montas en el coche y esa cara de ver todo, de querer asimilar todo, una mezcla de miedo y de protégeme, o sea "estoy contigo", pegado, sentado encima de ti pero con una cara tensa, asumiendo pero con terror" (05).

"No quiero que los amigos le hagan de menos, los amigos le dejen atrás, a veces como que le veo un niño triste además, yo lo quiero un montón, incluso hasta te esmeras más, pero es lo que llevo mal" (09).

"Cuando van sacando el genio, no sé que me dijo una vez..., es que se quiere ir con su familia del otro país, además lo recuerdo que fue una Navidad, yo no pude reprimirme y me cayeron dos lagrimones y ella me vio y me preguntó porque lloraba y yo le dije que a mí me dolía mucho eso que dijera que se quería ir con otra familia...no me lo ha vuelto a decir nunca más" (03).

"Él quería coger el avión y volver a... (su orfanato), él quería estar, yo veía que echaba en falta a los amigos porque él aquí, a ver, estaba solo. Muchas veces creo que me lo decía para fastidiarme." (05).

"Quiere volver a ver a sus sister. Dice, mama nos cogemos un avión y nos vamos, y yo, hijo es que es muy caro, está muy lejos, es que es muy difícil mi amor es que está muy lejos, pero un día vamos, un día iremos de verdad te lo prometo. Quiere volver a presentarnos, quiere que conozca a sus hermanos, quiere contarles que está bien, quiere decir adiós, es como que se ha quedado con cosas sin hacer" (06).

"A ver, el niño como tampoco quería ver a nadie, a ver no es que no los quisiera ver, los veía y eso, pero el acercamiento No el tocarlo, eso no, eso le ha costado, incluso con nosotros eso le ha costado" (05).

"Pero yo pienso que allí tampoco le hablaban mucho, no, porque cuando un niño algo quiere llora, es su manera de llamar la atención y ella no lloraba. O sea que a lo mejor se despertaba a las cinco de la mañana y calladita, hasta que tú la veías o la oías porque se estaba moviendo" (04).

"Llorar casi no ha llorado, alguna vez sí que, dos o tres veces ha explotado a llorar, sabes? Además, al principio una vez sentado, porque le reñimos y no podía parar de llorar, vale?, pero yo creo que era tensión y nervios, pero lo que más, su reacción cuando le riñes o cuando algo no lo tiene controlado o no sabe lo que le va a pasar" (05).

"Cuando vino, pasó una temporada que no se podía acercar ningún hombre mayor, ningún hombre mayor, o sea, al único que dejaba era a mi suegro, o sea, en plan hombre mayor pelo blanco y tal, ni uno, o sea, lloraba, bueno, bueno. Yo decía puede ser que como en la casa de transición no había hombres, eran todo mujeres, no está acostumbrada al tono de voz o a...,yo fue a lo único que se lo achacué, luego ya se le pasó" (03).

"Al principio llegaba y se escondía cuando veía a un señor con corbata, se escondía detrás de la puerta y no salía, entonces ella, ante una situación nueva y todavía le sigue pasando, ante unas personas nuevas que venían a casa, que no podía conocer o asociar se quedaba rígida y podía estar sin pestañear ni se sabe el tiempo, pero sin pestañear y sin moverse, casi sin respirar" (02).

"Tiene bloqueos cuando por ejemplo le riñes más de cuenta, él se pone en un rincón y es la cara de terror de no saber que va a pasar, ¿qué he hecho?, o ¿qué van a hacer ahora conmigo?" (05).

" Si que he notado un acercamiento más grande, por las noches, todas las noches antes de meterse en la cama me abraza y se queda mucho tiempo callado abrazado, yo le balanceo así, se queda ahí, quietecito, quietecito un rato, sabes? " (05).

"Ella quiere que la acunes, que la tengas en brazos, que la acunes, es mimosona, mimosa" (03).

"Me decían, esta niña va a necesitar logopeda, es que no habla, es que está rígida y apenas se mueve, eso con tres añitos, vino con dos prácticamente, pero eso ya se va...pero ante situaciones nuevas le sigue pasando y cuando yo me enfado con ella porque tal, se sigue quedando rígida, se queda mirando rígida y se va y no habla, se queda en una habitación y no se mueve" (02).

"Me lo ha hecho tres veces esto y la situación ha sido siempre la misma, dos veces estaba en casa y otra vez estaba yo con él de la mano. De repente se me suelta y...mamá no se qué..y me giro y había una esquina y yo llamándole y lo veo que va toda la calle corriendo, salgo detrás de él chillándole, no me daba tiempo, se perdió, como loca yo chillando.....(cuenta cómo se le pierde, lo busca la familia, amigos, policía, su angustia y finalmente aparece). Entonces lo cojo, lo siento conmigo, después del susto le explico, mamá ha estado fatal porque me he asustado mucho, porque creía que te habías perdido, porque tal...y ya empezamos hablar y llorando el nene con 6 años me dice: "Es que quería saber si me vas a dejar o no"...con seis años. Yo llorando y le digo: "Hijo, vas a ser mi hijo para toda la vida, ya si no te da seguridad mi palabra, lo único es la muerte que es inevitable, pero siempre habrá alguien que te cuide si yo me muero, pero es lo único que te puede separar de mí"" (02).

"También veíamos que le daba un poco de miedo, es muy de decir no puedo, y nosotros estamos diciéndole todo el día, tu si puedes. La autoestima es un poquito por, y luego muchas frustraciones, cuando ve que no puede hacer algo como que se frustra muy rápido, y es un

poco así, entonces es eso lo que estamos intentando también como apaciguarle, el decirle a ver, si no te sale no pasa nada, te relajas un poco y vuelves y ya está que no pasa nada" (08)

"Los castigos bueno, pero lo que peor lleva es que le ignores lo lleva muy fatal, unos lloros...o que vea que te vas sin él. Eso le genera ansiedad y le generará siempre, yo creo que eso si lo lleva ahí dentro" (09).

"Rabietas tuvo muchas a lo primero, todos los días, muchas, todos los días de una a dos. Por cualquier tontería, por lo que fuera, si, cualquier cosa pequeña era una rabietta de tirarse, chillar, rabia, irá, se daba golpes, tiraba las cosas, pero sin llorar" (08).

"Ha tenido momentos, ha tenido de todo, ha habido momentos de: "nos vamos al avión?" ...y digo al avión a donde?...a (su orfanato) ..quieres volver? Si. Que también es normal que quiera volver" (07).

"Ella se pasó una temporada diciendo...porque habla..y dice: "sabes cuál es mi mayor deseo", y digo cual (risas),"que venga un hada y me convierta en rubia como tú", o sea, ella..." (03).

"El negruzo también, el hecho de que el es negruzo también se lo siguen diciendo. La nena es un pelin más blanca que él...Que esté orgulloso de su color de piel, y lo está, yo creo que lo está pero aún así: mamá me dicen negruzo y yo les digo que yo no soy negro, que soy moreno, que soy del país del café y soy moreno como el café. Eso dice el pobre, pero aún así le siguen diciendo negruzo, a ver tiene rasgos colombianos típicos suyos, es que a ver.." (02).

"Esta mañana digo, anda a ver si puede hacer esto y se lo ha hecho él solo perfecto, el sólo y en nada de tiempo, pero como él adopte el tema de que es tonto, puede estar toda la tarde haciendo algo y no lo saca. El dice es que soy tonto, si, y yo le digo hijo mío por Dios, pero mira fíjate las cosas que haces bien, siempre estás intentando reforzar lo positivo" (02).

"Todos los de las familia son rubios y ella dice rubios a blancos y yo soy la única marrón?, eso dice, y yo le digo, porque tú eres especial, tú no ves que tú eres especial, tú no quieres ser especial? y dice: si...y digo pues ya está tú eres la única" (03).

"El niño es más rebelde y ella más complaciente y yo a veces lo pienso, quizás sea más complaciente porque tenga miedo otra vez, yo, claro es que tiene cinco añitos y yo hablo con ella, a veces es rebelde, pero no es...es súper complaciente más madura, mamá lo que tu digas, si mamá lo que tu digas... ¿Yo creo que ahí subyace la pobre mía, y la inseguridad y...sabes?" (02).



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Necesidad de actuar con arreglo a la propia fe

Valorar: facilidad/dificultad para vivir según sus creencias y valores, importancia de la religiosidad/espiritualidad en su vida, ideas sobre su futuro, valores y creencias.

La cultura, las costumbres y la religión del país y la vinculación a un determinado credo de la institución del menor, marcan la necesidad de actuar con arreglo a su propia fe.

Conocer la forma de vida del niño en su país de origen aporta mucha información para identificar comprender:

El deseo de rezar, de entrar en los templos, de tener imágenes religiosas etc, como garante de su seguridad y como continuidad de la que ha sido su vida hasta entonces.

Necesidad de cantar, bailar y hacer determinados rituales

La vivencia de los padres:

“Me dijeron, a las seis de la mañana la oración, o sea a misa todos los días. El niño me pide ir a la iglesia. Antes todas las noches me pedía rezar, si, ahora ya lo va perdiendo y yo tampoco le quiero obligar. Pero por ejemplo pasamos por una iglesia y él quiere entrar, entra un ratito” (05).

Necesidad de trabajar para sentirse realizado

Valorar: deseos de realización, sensación de ser útil, limitaciones, inmadurez, actividades que le gusta realizar, creencias y valores.

En el caso de los niños adoptados, se refiere a la necesidad de cumplir algún cometido, alguna obligación que le haga sentirse satisfecho. Puede venir marcada por las costumbres de la institución como poner la mesa para comer, cuidar a los más pequeños, limpiar etc.

Es importante conocer cuáles han sido sus vivencias para tratar de identificar/comprender:

Actitud paternalista y protectora con los más pequeños.

Desempeño de actividades que no son propias de un niño.

Incapacidad para pintar, recortar, hacer manualidades por no haberlo realizado nunca previamente.

La vivencia de los padres:

"Me llamo la profesora y me dijo, me preocupa mucho que la niña se pasa horas y horas limpiando las mesas, y limpiando el suelo, lo limpia todo, es como que tiene que estar pendiente, ella veía que a un niño se le volcaba algo y ella corriendo a limpiarlo. ¡Me decía también que cuando pasaba algo malo, la primera que estaba allí era ella, o sea, un niño se caía y lloraba, ahí!, un niño se iba a caer y ella lo veía...a cogerlo! Era como una madre" (10).

"Lo que quiero es que no se quede atrás, que sea un niño normal, que sea feliz a pesar de eso, que llegue a donde él quiera, no que tenga que llegar con invitación" (09).

"En cualquier orfanato, o sitios que hay niños así, lo que intentan es que sean independientes" (01).

Necesidad de participar en diversas formas de entretenimiento

Valorar: actividades recreativas que realiza de forma habitual y horas que dedica a ello, sensación de aburrimiento, respuesta ante situaciones estresantes.

Muy relacionado con el tipo de institución o estructura familiar en la que haya vivido el niño hasta la adopción. Conocer información de su experiencia de vida puede ayudar a entender/identificar problemas como:

Forma de relación agresiva, acaparadora u otras conductas disruptivas como actitud de supervivencia aprendida.

Autoestimulación como forma de consuelo.

Incapacidad para aceptar normas en el juego.

Incapacidad para participar en el juego.

Falta de atención.

Sociabilidad indiscriminada buscando la aceptación de todos.

La vivencia de los padres:

"Es totalmente comprensible que quiera volver, porque de estar allí todo el día jugando, todo el día bailando. Echa mucho en falta el baile, para él es lo más. Tiene 4 o 5 vídeos de bailes de su país. Es más, cuando lo tenemos que castigar no lo castigamos, le quitamos una fichita y eso ya sabe que es un video menos de baile" (05).

"El niño tiene más agresividad, tiene mucha agresividad dentro, mucho dolor, más que agresividad, dolor, pero que lo saca a veces con agresividad, sabes?, con sus cosas o las rompe, el lápiz. Lo saca como puede, lo saca como puede, pero luego es súper..., luego te pide perdón siempre, "mamá lo siento mucho" y tal, súper noble, pero tiene daño, tiene

mucho daño y la niña lo tiene que tener pero no lo saca y a mí me gustaría que lo sacara, sabes? para poder ayudarle, o a lo mejor es que es más fuerte, sabes?, igual es que es más fuerte y el es más débil, no sé" (02).

"En el informe que nos dieron ponía que se entretenía con la tele, mentira, la tele se la ponías y pasaba pero es que el mismo informe lo he visto en otros padres" (04).

"Aquí lo primero que vio en la televisión antes de dibujos animados ni nada era ópera, danza, todo lo que fuera música con baile a él le llenaba, o sea, le relajaba y yo creo que le sigue relajando, le sigue acercando a su origen" (05).

"No estaba escolarizado y por ejemplo un puzle, no había visto un puzle en su vida, entonces pues de repente le pones a hacer un puzle y le empiezas a explicar, tal y tal...y jo! el no encontrar una pieza para él es lo más frustrante del mundo, o sea era como...que no puedo!!" (08).

"El antes no tenía nada, pues entonces ahora todo es suyo" (07).

Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad

Valorar: circunstancias que influyen en el aprendizaje, nivel de conocimiento actual, ganas de aprender.

El desarrollo del niño, la estimulación recibida o el estilo de crianza hasta la adopción, entre otros, determinan la aparición de problemas relacionados con esta necesidad.

Es importante recabar información para identificar/comprender:

La necesidad de conocer su pasado, de reconstruir su historia, de responder a muchas preguntas que se le van planteando a lo largo de su desarrollo: porque le abandonaron, quien era su madre, si tiene hermanos, que hizo de malo para que no le quisieran, si le abandonaron una vez puede ser que lo hagan más veces, etc.

Dificultad en el aprendizaje a todos los niveles, al tenerlo que hacer en un país diferente, con una cultura diferente, con normas diferentes que necesitan de un periodo de adaptación largo y de mucho apoyo.

Curiosidad por explorar.

Necesidad de acaparar lo que nunca ha tenido.

La vivencia de los padres:

"Yo creo que tenía tan asumida la adopción, que le han asumido que lo que tenía que hacer era estar aquí y que tenía que aprender y cuando aprendiera, sabes?, tienen mucha ansia de aprender, de conocer" (05).

"Está un poquito como por detrás, como si tuviera tres años, garabatea mucho, entonces yo quiero que él haga bien sus vínculos, que se sienta querido, que encuentre la estabilidad emocional que necesita, antes de ponerse a estudiar y aprender" (06).

"Le ponía una araña para que dijera la a de la vocal y él no sabía que bichito era ese, entonces un niño español sabe identificar la p de puerta porque sabe que es una puerta, pero él no lo sabe" (06).

"Como era más inquieto y más movido y tal, consideraban allí que estaba más inmaduro, más juguetón y que no estaba preparado para ir al cole" (06).



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3. Intervenciones

3.1 Estado vacunal y de metabopatías

Conocer el estado de vacunación, fecha, reacciones.

3.2 Plan de cuidados según situaciones identificadas (se desarrolla a continuación).

4. Educación para la Salud

El plan de cuidados incluye la Educación para la Salud (se desarrolla a continuación).

La revisión de la literatura y la vivencia que las madres transmiten en sus discursos, nos permite llevar a cabo una planificación de los cuidados que deben individualizarse acorde a la realidad de cada familia.

Etapas preadoptiva y centradas en los padres:

Diagnóstico NANDA 00126 Conocimientos deficientes 00177 Estrés por sobrecarga
Resultados NOC 1862 Conocimiento: manejo del estrés 1826 Conocimiento: cuidado de los hijos 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia
Intervenciones NIC 5506 Enseñanza individual 5440 Aumentar los sistemas de apoyo 5820 Disminución de la ansiedad 7140 Apoyo a la familia 8300 Fomentar la paternidad 5230 Mejorar el afrontamiento 5250 Apoyo en la toma de decisiones

En la etapa postadoptiva, a partir de la valoración de las necesidades que se ha expuesto, planteamos la planificación de cuidados estándar y que se individualizará para cada familia:

Diagnóstico NANDA

00102 Déficit de autocuidado: alimentación

Resultados NOC

303 Autocuidados: comer

Intervenciones NIC

1100 Manejo de la nutrición. Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes.

1160 Monitorización nutricional. Recogida y análisis de los datos de la persona referentes a la ingesta nutricional.

1710 Mantenimiento de la salud bucal. Mantenimiento y fomento de la higiene bucal y la salud dental en personas con riesgo de desarrollar lesiones bucales o dentales.

Algunas pautas muy específicas e importantes para los padres adoptantes pueden ser:

La adopción como agente protector da lugar a una importante recuperación del crecimiento y la desnutrición. Para ello la ingesta alimentaria y calórica debe ser superior a la de los requisitos de los niños de su edad.

Identificar los gustos alimentarios, texturas, consistencias, sabores.

Establecer horarios de comidas y observar sus reacciones y actitud ante la comida.

Ir introduciendo los alimentos de forma paulatina buscando posibles intolerancias.

Espesar o triturar la comida si es necesario

Ofrecer una dieta equilibrada y completa.

Las actitudes de acaparamiento o rechazo de la comida no deben ser castigadas.

Si el niño acapara y esconde la comida, dejarle acceso ilimitado a ella, de modo que irá sintiéndose a salvo y dejará de hacerlo y cuando aprenda la sensación de saciedad que hasta ahora puede no haber sentido. Dejarle acceso libre a la comida mejora la relación con los padres, ya que el niño acepta que sus padres están ahí para atender sus necesidades y aumenta su confianza en ellos.

Algunos niños guardan la comida en la boca, aunque esto suele pasar pronto.

El deseo de repetir la misma comida durante varios días seguidos debe ser aceptado y no alarmar a los padres.

En ocasiones será necesario dejar al niño tocar los alimentos y olerlos hasta que sean aceptados.

Diagnóstico NANDA

00016 Deterioro de la eliminación urinaria

00014 Incontinencia fecal

Resultados NOC

503 Eliminación urinaria

500 Continencia intestinal

Intervenciones NIC

0612 Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis

0412 Cuidados de la incontinencia intestinal: encopresis

Algunas pautas muy específicas e importantes para los padres adoptantes pueden ser:

Mantener al niño limpio, seco y con buen olor. En los orfanatos los niños suelen estar sucios y descuidados.

Hablarle, explicarle, tocarle mientras se le cambian los pañales o se le viste y hacer de este momento una acción placentera.

No regañar ni castigar al niño si no controla los esfínteres.

Los niños pueden presentar alteraciones del ritmo intestinal durante mucho tiempo después de la adopción.

Establecer rutinas para iniciar el control de esfínteres.

Reforzar de forma positiva cualquier logro del niño.

Diagnóstico NANDA

00108 Déficit de autocuidado: baño

Resultados NOC

301 Autocuidado: baño

305 Autocuidado: higiene

Intervenciones NIC

1801 Ayuda con el autocuidado: baño/higiene. Ayudar a la persona a realizar la higiene personal.

Algunas pautas muy específicas e importantes para los padres adoptantes pueden ser:

Observar si el niño tiene escabiosis, pediculosis, hongos o sarna, ya que es frecuente que lleguen en un estado muy descuidado.

Hay que enseñarles a ducharse, arreglarse y mantener un aspecto limpio y cuidado.

Enseñarle a controlar la temperatura del agua hasta que le resulte agradable.

Su experiencia con el aseo puede ser terrible, duchas frías y a presión, toallas sucias y ásperas,

etc. El contacto tiene que ser poco a poco y muy placentero.

Diagnóstico NANDA

00109 Déficit de autocuidado: vestido

Resultados NOC

302 Autocuidados: vestir

Intervenciones NIC

1802 Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal. Ayudar a una persona con la ropa y el aspecto.

5326 Potenciación de las aptitudes para la vida diaria. Desarrollar la capacidad de la persona para afrontar de forma independiente y eficaz las exigencias y dificultades de la vida diaria.

Algunas pautas muy específicas e importantes para los padres adoptantes pueden ser:

Enseñarle cada prenda de ropa para que es, donde se pone, cómo y cuándo. Son niños que puede que nadie les ha enseñado a vestirse.

Identificar las prendas que le resulten más agradables y con las que se sienta cómodo. Puede ser que nunca haya utilizado una prenda de ropa y se sienta a disgusto con ella, considerando esto una amenaza.

Poner normas claras en cuanto al arreglo personal, expresando siempre comprensión y cariño.

Diagnóstico NANDA

00198 Trastorno del patrón del sueño

Resultados NOC

004 Sueño

Intervenciones NIC

1850 Mejorar el sueño. Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

6482 Manejo ambiental: confort. Manipulación del entorno del niño para facilitar una comodidad óptima.

1480 Masaje. Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con diversos grados de presión manual para inducir la relajación.

Algunas pautas muy específicas e importantes para los padres adoptantes pueden ser:

El cambio en su vida, sus experiencias pasadas, inseguridades, el trastorno del vínculo y muchos otros factores pueden influir en el sueño y el descanso del menor.

El niño puede ver alterado el sueño por el olor de la ropa de cama o las etiquetas del pijama.

Permanecer a su lado hasta que se duerma mientras no tenga un sueño tranquilo, sin pesadillas ni terrores nocturnos, posteriormente quedarse cerca del niño, pero sin tolerar caprichos.

Hacer del momento de irse a la cama un ritual agradable, lleno de afecto y amor.

El masaje infantil se puede considerar que posee todos los elementos necesarios para establecer el vínculo con el niño, mediante el tacto, las miradas, los olores, las caricias y la interacción que se crea. El tacto amoroso reduce la agresividad y mejora la sociabilidad. A través del masaje el niño percibe que es querido, que tiene cubiertas sus necesidades, aumenta su autoestima al reconocer que “se lo merece”. Se dará un masaje al niño al menos dos veces al día, en un sitio cómodo, con una temperatura agradable, que huelga bien, rodeado de tranquilidad.

Prepararle una habitación sencilla, sin muchos colores, ni juguetes, con luz suave, ya que un exceso de estímulos puede ser fatal para el niño llegado de un orfanato.

Diagnóstico NANDA

00112 Riesgo de retraso en el desarrollo

Resultados NOC

Desarrollo infantil

Intervenciones NIC

8274 Fomentar el desarrollo: niños. Facilitar o enseñar a los progenitores/cuidadores a conseguir un crecimiento óptimo de los niños en edad preescolar y escolar en los ámbitos motor grueso y fino, lingüístico, cognitivo, social y emocional.

4430 Terapia con juegos. Utilización intencionada de juguetes u otros materiales para ayudar a los niños a comunicar su percepción y conocimiento del mundo y ayudarles a perfeccionar su interacción con el entorno.

Diagnóstico NANDA

00085 Deterioro de la movilidad física

00088 Deterioro de la ambulación

Resultados NOC

208 Movilidad

Intervenciones NIC

0200 Fomento del ejercicio. Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

0180 Manejo de la energía. Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.

1805 Ayuda con el autocuidado: AIVD. Ayudar y enseñar a una persona a realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) necesaria para funcionar en el hogar o en

la comunidad.

Algunas pautas muy específicas e importantes para los padres adoptantes pueden ser:

Estimular la movilidad, jugando, haciendo deporte, bailando, utilizando formas divertidas adaptadas a la edad del niño. En algunos orfanatos a los niños no se les cambia de postura, adoptando postura fetal con rigideces importantes.

Respetar el lugar elegido para sus juegos.

Utilizar juguetes que estimulen las habilidades motoras finas, como hacer torres, hacer pulseras de cuentas pequeñas o dibujar y de habilidades motoras gruesas como tirar el balón, abrir y cerrar puertas o subir escaleras.

Ayudarles a controlar sus impulsos y movimientos bruscos, que pueden ser los únicos modelos que han vivido.

Diagnóstico NANDA

00114 Síndrome de estrés del traslado

00141 Síndrome postraumático

00120 Baja autoestima situacional

00222 Control de impulsos ineficaz

00124 Desesperanza

00058 Riesgo de deterioro de la vinculación

Resultados NOC

1205 Autoestima

1405 Autocontrol de los impulsos

1201 Esperanza

Intervenciones NIC

5350 Disminución del estrés por traslado. Ayudar a la persona a afrontar el traslado de un entorno a otro.

5290 Facilitar el duelo. Ayuda en la resolución de una pérdida significativa.

5300 Facilitar la expresión del sentimiento de culpa. Ayudar a una persona afrontar los sentimientos dolorosos de responsabilidad real o percibida.

5400 Potenciación de la autoestima. Ayudar a la persona a que mejore el juicio personal de su autovalía.

5270 Apoyo emocional. Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

6650 Vigilancia. Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos de la persona para la toma de decisiones clínicas.

5380 Potenciación de la seguridad. Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de una persona.

5410 Terapia del trauma: niño. Uso de un proceso de ayuda interactivo para resolver un trauma sufrido por un niño.

5400 Potenciación de la autoestima. Ayudar al niño a que mejore el juicio personal de su autovalía.

5330 Control del estado de ánimo. Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento al niño que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.

5820 Disminución de la ansiedad. Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.

4820 Orientación de la realidad. Fomento de la consciencia de la persona acerca de la identidad personal, tiempo y entorno.

4720 Estimulación cognitiva. Favorecer la conciencia y comprensión del entorno por medio de la utilización de estímulos planificados.

6486 Manejo ambiental: seguridad. Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.

6530 Manejo de la inmunización/vacunación. Control del estado de inmunización, facilitando el acceso a las inmunizaciones y suministro de vacunas para evitar enfermedades contagiosas.

Algunas pautas muy específicas e importantes para los padres adoptantes pueden ser:

La adopción en si supone una pérdida, pierde la fantasía de haber sido deseado.

El hecho de dejar a sus únicos amigos en el orfanato supone una pérdida e incluso pueden sentirse culpables de haberles abandonado.

Pueden escribir sus sentimientos en un diario, trabajando así la pérdida.

Hablar con otros niños adoptados puede ayudarles.

Ayudarles a identificar sus sentimientos. Cuando se encuentren tristes, contentos, rabiosos, etc, preguntarles como se sienten, que aprendan a identificarlos, ponerle etiqueta a los sentimientos.

Enseñarles formas saludables de actuar cuando estén tristes.

Mantener el contacto piel con piel.

Abrazarlo y llevarlo en brazos todo el tiempo que sea posible, manteniendo un contacto físico permanente.

Hacerles sentirse muy queridos, cogerlos, mecerlos, besarlos y observar su reacción.

Hablarles con cariño y tranquilidad.

Demostrar continuamente lo querido y lo importante que es para los padres.

Tratar en un principio que los padres sean los cuidadores únicos, es decir, le dan de comer, le bañan, le acuestan, etc, hasta que el niño consiga firmeza emocional.

No dejar el cuidado en manos de cuidadoras externas o niñeras.

A la hora del biberón, debe sostenerlo la madre/padre, no el niño y mientras acurrucarle, acariciarle, cantarle y mirarle buscando su mirada y el contacto visual entre ambos.

Favorecer el contacto cara a cara, jugando a pintársela, abrir y cerrar mucho los ojos acompañado de sonidos divertidos y otros juegos.

Tener mucha paciencia y no responder con gritos a sus gritos.

Dar masajes a los niños al menos dos veces al día, hablándole con cariño, con dulzura, cantándole, transmitiéndole mucho amor.

Utilizar un tono de voz agradable, cantarle, reír, la alegría es muy importante para el niño.

Pedir ayuda a la familia para poder dedicar todo el tiempo posible a estar con el niño, sin tener la obligación de tener que ir a comprar, hacer comidas y otras tareas.

En un principio tratar de no separarse del menor, de forma que vaya confiando en que sus nuevos padres no le van a abandonar.

Las primeras separaciones serán por periodos de tiempo muy cortos, evitando el trastorno de ansiedad por separación.

Tratarles acorde a su edad emocional, que habrá sufrido retraso por la institucionalización, el maltrato y las condiciones adversas de su vida pasada. Exigirles por encima de sus posibilidades les hará frustrarse y hacer regresiones.

Entender que su edad real, no se corresponde a su edad emocional. Puede tener 8 años y comportarse emocionalmente como un niño de 2 años.

Ante enfados, rabietas, ira, etc, interactuar con él acorde a su edad emocional, no cronológica. Puede necesitar en ese momento que lo cojan, lo acunen o cantarle como si fuera un bebé, en lugar de razonamientos.

Dedicarles tiempo, jugar con ellos sin prisa les hace sentir que son importantes para sus padres.

Diagnóstico NANDA

00051 Deterioro de la comunicación verbal

00052 Deterioro de la interacción social

00229 Riesgo de relación ineficaz

Resultados NOC

1502 Habilidades de interacción social

Intervenciones NIC

5100 Potenciación de la socialización. Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás.

4370 Entrenamiento para controlar los impulsos. Ayudar a la persona a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales.

4350 Manejo de la conducta. Ayudar a la persona a controlar una conducta negativa.

4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales. Ayudar a la persona para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales.

4640 Ayuda para el control del enfado. Facilitación de la expresión del enfado de manera adaptativa y no violenta.

Algunas pautas muy específicas e importantes para los padres adoptantes pueden ser:

En los primeros momentos tras la llegada limitar las visitas y solo a la familia más cercana.

Proponer a los padres la consulta con algún traductor.

Aprender los padres alguna palabra en el idioma del niño para facilitarle la comunicación.

Los niños que han sido maltratados y con falta de apego tienen una gran sensibilidad a los cambios, por lo que necesitan rutinas y horarios muy repetitivos para sentirse seguros.

Cualquier situación especial (fiestas, cumpleaños, viajes, inicio del colegio, etc) resulta desorganizador y puede provocarles inseguridad.

Entender sus reacciones antes de castigarlos, muchas veces son conductas aprendidas en su maltrato (pegar, gritar, golpear, etc.) o conductas de supervivencia (acaparar comida, no compartir los juguetes, etc.). Castigarles no ayuda a su maduración, aumenta su inseguridad y angustia.

Enseñarles a jugar y narrarles en voz alta como se sienten los demás cuando el niño no comparte, pega o acapara los juguetes. Saber jugar le hará sentirse más querido por sus amigos, aumentar su autoestima y confianza.

Pueden adoptar conductas socialmente suplicantes como abrazos a extraños, subirse la falda

delante de ellos, cogerles la mano. En esos momentos no hay que regañarles, sino dirigirles a interactuar de forma socialmente correcta.

Diagnóstico NANDA

00067 Riesgo de sufrimiento espiritual

Resultados NOC

2001 Salud espiritual

Intervenciones NIC

5420 Apoyo espiritual. Ayudar al niño a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural

Diagnóstico NANDA

00211 Riesgo de deterioro de la resiliencia

Resultados NOC

1309 Resiliencia familiar

Intervenciones NIC

8340 Fomentar la resiliencia. Ayudar a individuos, familias y comunidades en el desarrollo, uso y fortalecimiento de factores protectores para ser utilizados para afrontar factores estresantes ambientales y sociales.

Algunas pautas muy específicas e importantes para los padres adoptantes pueden ser:

Promover una relación cálida, nutritiva y de apoyo, como factores a proteger y desarrollar por su importancia en el desarrollo de la resiliencia de los menores procedentes de adopción internacional.

Trabajar el “yo tengo”, haciendo comprender al niño que tiene personas a su alrededor que le quieren, en quien puede confiar y apoyarse en situaciones adversas.

Trabajar el “yo puedo”, haciéndole ver su capacidad para afrontar situaciones adversas, creando una visión positiva de sí mismo.

Trabajar el “yo soy”, ayudándole a entender lo que es el respeto hacia él mismo y hacia los demás, cuidando su persona.

Diagnóstico NANDA

00126 Conocimientos deficientes

Resultados NOC

1805 Conocimiento: conducta sanitaria

Intervenciones NIC

5510 Educación para la salud. Desarrollar y proporcionar instrucciones y experiencias de

aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.

5606 Enseñanza individual. Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del niño.

Algunas pautas muy específicas e importantes para los padres adoptantes pueden ser:

En los primeros días, tras la llegada a su nuevo hogar el niño observa y trata de descubrir si se encuentra en un lugar seguro o será de nuevo abandonado. Trata de agradar y no se muestra como es realmente.

Al ir adquiriendo confianza, es cuando empieza a empeorar, lo que los padres suelen interpretar como un fracaso suyo, cuando realmente es que el niño empieza a confiar en ellos, manifiesta su malestar y busca que le ayuden a repararlo.

Enseñarle conductas socialmente apropiadas, relatándole en cada momento que hacen y porque lo hacen. Los niños maltratados no saben cómo relacionarse con lo demás y tienen que aprender.

Relatarle en voz alta todas las actividades cotidianas, todo lo que hacen los padres y porque o para que lo hacen y de qué manera, para que el niño luego imite.

Tratar de que el niño olvide su pasado no le ayuda, sino que agrava sus problemas y les hace más vulnerables.

Cuanto más se conozca de su historia previa, mas se le puede ayudar a reconstruirla.

Hay que comunicarle al niño su condición adoptiva lo antes posible, con un lenguaje positivo, cuidando las palabras y con normalidad ni de forma repetitiva, ni una sola vez.

Enseñarle películas y documentales sobre su país de nacimiento de forma que se sienta orgulloso de su origen.

Permitirles el contacto con sus orígenes les aporta vivir una vida más rica.

Organizar encuentros con niños de su país de origen y favorecer los juegos, cantos y charla entre ellos.

Enseñarle palabras de su idioma y llevarle a comer comidas típicas de su país de origen.

Orientar sobre la escolarización de los niños y niñas.

Asesoramiento a los profesores para una mejor comprensión de las necesidades de los niños de adopción internacional.

El niño no debe de ser escolarizado hasta que no esté preparado para ello.

Mantener una reunión en el colegio antes de la escolarización para que conozcan la situación del niño previamente.

La incorporación debe ser gradual, adaptada al grado de adaptación del niño, llegando incluso a necesitar un horario escolar reducido o adaptado durante años.

Los niños deben estudiar en el curso que le corresponda a sus conocimientos y posibilidades, no el que corresponda a su edad cronológica.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En los padres:**Diagnóstico NANDA**

00126 Conocimientos deficientes

00062 Riesgo de cansancio del rol de cuidador

00057 Riesgo de deterioro parental

00060 Interrupción de los procesos familiares

Resultados NOC

1826 Conocimiento: cuidado de los hijos

2211 Desempeño del rol de padres

2602 Funcionamiento de la familia

Intervenciones NIC

6485 Manejo ambiental: preparación de lugar. Preparación del hogar para proporcionar cuidados de manera segura y eficaz.

4380 Establecer límites. Establecer los parámetros de una conducta deseable y aceptable de la persona.

4410 Establecimiento de objetivos comunes. Colaboración con la persona para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados y desarrollar luego un plan para alcanzar estos objetivos.

4920 Escucha activa. Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales de la persona.

6710 Fomentar el apego. Facilitar el desarrollo de una relación afectiva y duradera entre el niño y sus progenitores.

7140 Apoyo a la familia. Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares.

8300 Fomentar el rol parental. Proporcionar información sobre el rol parental, apoyo y coordinación de servicios globales a familias de alto riesgo.

7100 Estimulación de la integridad familiar. Favorecer la cohesión y unidad familiar.

7200 Fomentar la normalización familiar. Ayudar a los progenitores y otros familiares de niños con enfermedades crónicas o discapacidades a tener experiencias vitales normales para sus niños y familias.

6402 Apoyo en la protección contra abusos: niños. Identificación de las relaciones del niño dependiente de alto riesgo y de las acciones para evitar la posibilidad de que se le inflijan daños físicos, sexuales o emocionales, o que se abandonen las necesidades vitales básicas.

Otras intervenciones que lleva a cabo la enfermera:

7320 Gestión de casos. Coordinar la asistencia y defensa de individuos concretos y poblaciones de pacientes en diversos contextos para reducir costes, disminuir el uso de recursos, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y conseguir los resultados deseados.

8020 Reunión multidisciplinar sobre cuidados. Planificación y evaluación de los cuidados del niño y su familia con profesionales sanitarios de otras disciplinas.

7400 Orientación el sistema sanitario. Facilitar al niño y su familia la localización y la utilización de los servicios sanitarios adecuados.

5250 Apoyo en la toma de decisiones. Proporcionar información y apoyo a la familia que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria.

5240 Asesoramiento. Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del niño y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

5510 Educación para la salud. Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.

5566 Educación parental: crianza familiar de los niños. Ayudar a los progenitores a comprender y fomentar el crecimiento y desarrollo físico, psicológico y social de su niño.

Algunas pautas muy específicas e importantes para los padres adoptantes pueden ser:

Animar a los padres a revelar sus debilidades y plantear soluciones.

Apoyar a los padres ante su vulnerabilidad, empatizando, escuchando y ofreciendo toda la ayuda necesaria.

Ayudarle a afrontar la pérdida de no haber podido concebir un hijo, si es su caso.

Adecuar las expectativas de los padres a la realidad de las necesidades del hijo.

Ayudarles a comprender sus propias vivencias como padres de ese niño.

Aclarar con ellos que no solo el cariño y el amor hacia su hijo podrán resolver todos los problemas del niño.

Los padres no deben enjuiciarse duramente en caso de sentimientos negativos hacia su hijo y sus problemas.

Abandonar la idea de ser padres ideales, de hijos ideales.

Ser paciente con los progresos del niño y de uno mismo.

El niño pone a prueba a los padres buscando si realmente puede fiarse de ellos.

Los padres tienen que ayudarle a canalizar y neutralizar su rabia, su ira, su furia.

Adoptar una actitud flexiva en la asunción de roles, dejando periodos de descanso alternativos al padre y a la madre.

Un padre/madre agotado no puede ayudar a su hijo, por lo que los periodos de descanso son imprescindibles.

Las relaciones satisfactorias entre padres e hijos promueven el vínculo, por lo que es muy enriquecedor jugar con el niño y divertirse con él.

El niño necesita sentirse querido, por lo que hay que decírselo mucho y besarle, abrazarle y demostrarle el cariño.

Favorecer una actitud proactiva en los padres de forma que no sea “víctimas” de sus hijos.

Los padres tienen que mostrar firmeza y calidez.

Corregir todo lo necesario sin recurrir al castigo físico con el niño.

Las normas para el menor deben ser claras y cortas, de fácil comprensión.

En los momentos de mayor vulnerabilidad, temores o enfermedad del niño, compartir emociones con los padres, favorece el apego y el crecimiento del vínculo.

Permanecer junto al niño en los momentos de ira y de enfermedad, animándole a la expresión de sentimientos.

Promover la conducta de pertenencia hablando de “mi hijo”.

Compartir su historia pasada y secretos son formas de favorecer la conducta de pertenencia.

Reconocer el derecho y la necesidad del niño de conocer su pasado.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

9. DISCUSIÓN

9.1 Primer subestudio: Aproximaciones teóricas a la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional desde la perspectiva enfermera

A lo largo de este trabajo ha quedado sobradamente claro que la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional debe ser la piedra angular del proceso adoptivo. Enfermería, responsable de los cuidados profesionales de la persona y la satisfacción de sus necesidades, queda por tanto legitimada como profesional implicado en la atención al niño de AI y su familia. El análisis realizado de cada uno de los conceptos clave disciplinares, del metaparadigma enfermero: persona, entorno, salud y cuidado, sobre los que se sustenta la profesión enfermera, apoya en mayor medida esta aseveración.

Respecto a la satisfacción de las necesidades, asumimos la Teoría de Ochaita y Espinosa, quienes afirman que todos los niños tienen las mismas necesidades básicas, aunque la forma de satisfacerlas puede variar en función de las circunstancias del niño, la cultura y el periodo de desarrollo, por lo que requieren diferentes satisfactores. Sin embargo la literatura científica referente a la adopción internacional hace referencia de forma habitual a las “necesidades especiales” de estos niños (Erich & Leung, 1998; Berástegui, 2003; Schweiger & O’Brien, 2005; Oliván Gonzalvo, 2007; Rosser, 2010).

En función de los diferentes estudios analizados, pertenecientes al cuerpo de investigación denominado *special needs adoption research*, se utiliza el término “necesidades especiales” para referirse a niños mayores, con discapacidades físicas o psíquicas, niños con problemas psicológicos y / o emocionales, grupos de hermanos o niños que forman parte de grupos minoritarios.

De ellos, los estudios realizados por pediatras definen de forma más explícita el grupo de población incluido en “niños con necesidades especiales”, que incluye aquellos que presentan malformaciones congénitas, enfermedades crónicas o discapacidades del desarrollo que necesitarán tratamiento médico o quirúrgico y de un seguimiento especializado en el país adoptivo (Oliván Gonzalvo, 2007).

El estudio realizado por la Dra. Berástegui referente a adopciones internacionales truncadas y en riesgo en la Comunidad de Madrid (Berástegui, 2003), analiza diferentes estudios realizados sobre estos grupos de niños denominados con “necesidades especiales”, quienes demostraron mayor tasa de ruptura, aunque realmente se trata de estudios con importantes variabilidades tanto en el diseño como en lo que consideran “necesidad especial” del niño. En este mismo estudio se adopta el término niños con dificultades especiales para referirse a aquellos niños con deficiencias físicas, médicas, mentales o con problemas de conducta. Posteriormente, ella misma (Berástegui, 2005) afirma que parece que las deficiencias físicas, médicas o mentales no han mostrado una relación consistente con la ruptura de la adopción, sin embargo, los problemas de conducta con los que el menor llega a la familia, especialmente las conductas de tipo externalizante como la agresión o las conductas antisociales o la hiperactividad sí que se relacionan con mayor dificultad de adaptación y mayor presencia de rupturas, especificando que se entienden por “necesidades especiales”, las deficiencias médicas, físicas o cognitivas que suponen un esfuerzo adicional a la familia para su atención y tratamiento. Concluye que lo que parece claro es que la acumulación de “necesidades especiales” en el niño puede ser considerado el predictor más robusto de la inadaptación y la inestabilidad adoptiva.

Por su parte, Rosser Limiñana (2010) destaca en su estudio el efecto positivo de los servicios de asesoramiento a las familias adoptivas en la prevención de las interrupciones con un impacto especial en el funcionamiento familiar, principalmente de los que lo hicieron con

niños con las denominadas “necesidades especiales”, con discapacidades psíquicas, físicas o sensoriales, con enfermedades graves, grupos de hermanos y menores que, en función de su edad u otras circunstancias tienen dificultades para ser adoptados.

Podemos afirmar entonces que el uso del término “necesidades especiales” en los niños de adopción internacional, se utiliza para referirse a aquellas variables que influyen directamente en la facilidad/dificultad para ser adoptados y la facilidad/dificultad que van a tener los padres para cuidar y criar a sus hijos.

Adoptando la perspectiva de la Teoría Ecológica de los Sistemas de Bronfenbrenner, se pone énfasis en las interacciones entre los diferentes sistemas y contextos de desarrollo del niño, así como en la identificación de recursos y fortalezas existentes en esas relaciones y en cada uno de los sistemas que garanticen la satisfacción de sus necesidades.

En referencia a la Teoría intermedia desarrollada por Ramona Mercer, *Adopción del rol maternal convertirse en madre*, como señalábamos, se basa en los sistemas de Bronfenbrenner y entiende que los profesionales de enfermería tienen que tener en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol maternal (Mercer, 2006).

En su teoría, el microsistema lo constituye el entorno más inmediato, que incluye la familia y su funcionamiento, las relaciones entre los padres, el apoyo social y el estrés. Afirma que la adopción del rol maternal se consigue por medio de la interacción con el padre, la madre y el niño. Nuestro trabajo identifica igualmente como microsistema a la familia, pero una familia en este caso no biológica y a la que el niño llega con una historia previa, en general dura y marcada por la adversidad. Igualmente las relaciones entre los padres y entre los hermanos, cuando los hay, son importantes para el desarrollo del niño adoptado. Las relaciones entre los miembros de la familia influyen en la calidez de la crianza, fundamental para el desarrollo del niño.

Para Mercer, el mesosistema incluye el cuidado diario, el colegio, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata y que pueden influir en el rol maternal. Nuestro trabajo destaca como mesosistema aquellos contextos en los que el niño participa, ya sea el contacto con sus padres biológicos, si existe, como el colegio o las relaciones con los pares, en la línea de lo descrito por Mercer.

Ramona Mercer, no hace referencia al exosistema, que para nosotros está conformado por los servicios sociales a los que los padres tienen que recurrir sin remedio para todo el proceso de adopción internacional. La relación de los padres con todos los profesionales que participan en el proceso de adopción influye determinadamente en el desarrollo del niño.

Por último, el macrosistema, para Mercer incluye las influencias sociales, políticas y culturales, en la misma línea de nuestro trabajo, con la diferencia de la estigmatización social de la adopción que constituye una dificultad en la adaptación del niño.

El análisis en profundidad de los factores protectores y los factores de riesgo que existen en cada uno de los subsistemas en que se encuentra el niño aporta una visión ajustada a la realidad de las necesidades de intervención profesional en los casos en que la satisfacción de las necesidades no sea adecuada.

Respecto a la teoría y modelo enfermero que debe guiar la aportación enfermera al proceso de adopción internacional, consideramos que la teoría es crucial para la práctica de la enfermería profesional, herramienta útil para el razonamiento, el pensamiento crítico y la toma de decisiones en la práctica enfermera. Por ello, implementar el modelo de cuidados de Virginia Henderson en la atención enfermera al niño y su familia significa adoptar una perspectiva disciplinar y profesional, en consonancia con el eje primordial del proceso de AI, la satisfacción y las necesidades del niño y su familia, desde una concepción holista de la persona.

Murphy (2009) plantea la Teoría de Cuidados de Swanson (Swanson, 1991) como marco teórico para la ayuda que prestan las enfermeras a las familias después de la adopción internacional. La Teoría de Cuidados que desarrolló Kristen Swanson se trata de una teoría de rango medio. Sin embargo nuestra propuesta es que la intervención de la enfermera con la familia desde la preadopción y con la unidad padres/hijo en la postadopción debe ir guiada por el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson.

Resulta algo habitual la utilización de los conceptos modelo conceptual, teoría o marco de referencia de forma indiscriminada. La consideración de modelo conceptual o teoría viene dado por el nivel de abstracción del conocimiento, siendo el modelo conceptual de enfermería la expresión de la entidad teórica de mayor abstracción en el conocimiento. Un modelo conceptual expresa mediante conceptos y proposiciones, de una forma amplia, un fenómeno de interés para enfermería. Los modelos conceptuales se consideran una guía que da perspectiva a la práctica, que dota de estructura y significado a la práctica profesional, a la educación, la gestión y a la investigación.

Por su parte la teoría se considera la segunda entidad en nivel de abstracción del conocimiento enfermero y en ocasiones se confunde con lo que es un modelo conceptual. La teoría puede ser gran teoría, teoría o teoría de rango medio, según su nivel de concreción. Las teorías intermedias o de rango medio, son *un conjunto de conceptos relacionados que se centran en una dimensión limitada de la realidad de la enfermería y que pueden representarse en el modelo* (Marriner & Raile, 2008).

Algunos autores (Meleis, 2011) consideran que el desarrollo de las teorías de rango medio ha significado un verdadero avance para el desarrollo disciplinar. Estas teorías de rango medio se ocupan de fenómenos específicos de la enfermería y manejan un número limitado de conceptos, definidos operativamente y proposiciones. En su mayoría provienen de la combinación de la práctica y la investigación.

La Teoría de los Cuidados de Swanson (Swanson, 1991) se trata de una teoría de rango medio, generada a partir de investigaciones fenomenológicas con personal sanitario de unidades de cuidados intensivos neonatales y mujeres que sufrieron pérdidas gestacionales inesperadas o de alto riesgo social, aunque ella misma afirma que su teoría no sólo se circunscribe a la enfermería perinatal. Swanson, en su teoría propone cinco procesos básicos que dan significado a actos etiquetados como cuidar. Estos procesos básicos son: conocer, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias. Ella propone que a través de la práctica de esos cinco procesos terapéuticos, se genere el bienestar de la atención más allá de las intervenciones sanitarias y constituyen los componentes esenciales de toda relación enfermera-cliente (Swanson, 1991).

Como toda teoría de rango medio se compone de pocos conceptos y proposiciones, que da sencillez a la teoría, facilita su comprensión y operacionalización y genera proposiciones observables empíricamente.

La teoría de Swanson ha sido adoptada como marco de la práctica profesional de la enfermería por varias organizaciones en Estados Unidos, Canadá, Suecia y diversos países de Sudamérica, sin embargo no ha sido así en España.

Las propias teóricas (Durán de Villalobos, 2007) señalan que es posible la utilización de un modelo conceptual y una teoría de rango medio, que necesariamente deben ubicarse en la misma visión de la enfermería y que de sentido a la práctica. Y es posible esta dualidad ya que la teoría de rango medio genera explicaciones a los fenómenos ligados a la práctica enfermera.

Guerra (2013) interpreta cada uno de los cinco procesos terapéuticos, conocer (tratando de comprender la experiencia del otro), estar con (hallarse emocionalmente presente), hacer por (como el otro lo haría para sí mismo, si fuera posible), posibilitar (facilitando la

resolución, validando e informando) y mantener las creencias (en el potencial de otros para llegar al evento o transición y enfrentar un futuro significativo).

Giraldo, García Barreto & Muñoz, (2010) en su estudio, refieren que Virginia Henderson capturó la esencia de: hacer por, propuesto por Swanson, en su definición de enfermería cuando dice que *la función única de la enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su recuperación, (o a una muerte pacífica) aquellas que ejecutaría por sí mismo sin ayuda si tuviera la fuerza suficiente, la voluntad o el conocimiento. Y hacer esto de tal manera para ayudarlo a ganar independencia tan pronto como sea posible* (Henderson, 1955). Realmente Swanson es posterior a Henderson, por lo que más bien Swanson captó la esencia de la definición de Henderson para articular su proceso: hacer por.

En este proceso: hacer por, la enfermera hace al otro lo que no es capaz de hacer por sí mismo. En ocasiones es simplemente estar, que la enfermera esté con los padres, que les acompañe.

Henderson, propuso la comprensión empática, afirmando que *la enfermera debe meterse en la piel de cada uno de sus pacientes a fin de conocer lo que necesita* y que realmente va en consonancia con la propuesta de Swanson del proceso terapéutico: conocer, tratando de comprender la experiencia del otro. Swanson (Marriner & Raile, 2008) afirma que conocer, significa apartar las ideas preconcebidas que pueda tener la enfermera para tratar de entender a la otra persona a través de la valoración de sus necesidades actuales. Esto permite a las enfermeras proveer un cuidado comprensivo.

Respecto al proceso de Swanson: posibilitar, es decir facilitando la resolución, validando e informando, podía ir en la misma línea de la afirmación de Henderson cuando dice que *la persona y la familia son agentes de sus propios cuidados para alcanzar la independencia en*

la satisfacción de sus necesidades, implicándoles y responsabilizándoles en la propia gestión de su salud.

Observamos pues concordancia entre el modelo de Henderson y la teoría de rango medio de Swanson que podrían ubicarlas en una misma visión de la enfermería y que por tanto podrían permitir la utilización de un modelo conceptual y una teoría de rango medio.

Este trabajo es un valor añadido a la disciplina enfermera, ya que su avance tiene que basarse en un marco teórico propio, centrado en la persona y sus necesidades de salud, y este trabajo se centra en la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional, que como ha quedado refrendado por la literatura tienen importantes carencias en cuanto a sus necesidades.

También se hace relevante ya que hasta ahora no ha sido abordado por otras enfermeras y profundiza en los elementos que configuran el metaparadigma enfermero en relación a la satisfacción de las necesidades de los niños de AI.

9.2 Segundo subestudio: Transición a la maternidad en la adopción: análisis cualitativo desde la Teoría Fundamentada/Transition to motherhood in adoption: a qualitative analysis based on Grounded Theory.

A la luz de este estudio, pudimos comprender que para las madres de los niños de AI, su proceso de transición a la maternidad y convertirse en madre, es una experiencia *cargada de emociones, incertidumbres, ambivalencias y dificultades*, que las madres *viven con mucha intensidad*, de una *forma muy especial y se sienten felices en su papel de madre*.

Hemos podido comprender cómo las madres adoptivas se sienten tan madres como las biológicas y que aún no habiendo pasado por la experiencia de un embarazo y un parto, ellas han tenido otras experiencias que les han permitido sentirse igual de madres. Así lo expresan y así lo demuestran a través de sus discursos. Su transición a la maternidad es un proceso que les permite de forma paulatina llegar a convertirse en madre, sentirse madre y actuar como tal, similar a las madres biológicas aunque con características específicas. Además la madre adoptiva, es también la principal proveedora de cuidados familiares al niño y aún no llevándolo dentro de ella durante el embarazo, su función cuidadora empieza desde el mismo momento que decide la adopción como opción para ser madre.

Mercer (2004) identifica 4 etapas en la transición a la maternidad hasta convertirse en madre biológica, iniciándose con el embarazo. Este estudio nos ha permitido identificar las fases de este proceso de transición a la maternidad adoptiva, que desde la experiencia de las propias madres se inicia en el momento que toman la decisión de adoptar un niño como opción a la maternidad, ya que inevitablemente ellas empiezan este proceso con la obligación de tomar decisiones que van a influir decisivamente sobre el desarrollo y la adaptación del menor y de ellas mismas.

Las consecuencias de las experiencias de abandono y maltrato que los niños han sufrido durante su institucionalización, depende no solo de las características del niño y el entorno que le rodeó entonces, sino también de la familia que lo adopta y el entorno que le rodea, pudiendo afirmar que la evolución de gran parte de los niños adoptados depende de los recursos disponibles en la postadopción (Grau & Mora, 2010). La experiencia de las madres nos ha dejado ver la necesidad que tienen de ayuda y apoyo desde la preadopción y en la postadopción, apoyo en la toma de decisiones, asesoramiento, ayuda para mejorar la autoconfianza, la autoestima, disminuir la ansiedad, fomento de la resiliencia, ayuda a superar el duelo, ayuda en la modificación de sí mismo, ayuda para hacer ajustes familiares, cuidados del desarrollo, educación maternal y parental, fomentar el desarrollo del niño, intervención en caso de crisis, manejo de la conducta, potenciación de la socialización, potenciación de roles o ayuda en la creación del vínculo, entre otras.

Los recursos utilizados por las madres en su proceso de transición a la maternidad y que son los que sienten que realmente les ayudan son el contacto con iguales, madres que viven la misma experiencia y por tanto sienten igual que ellas, el apoyo familiar principalmente cuando el niño ya está con su nueva familia y el uso de las nuevas tecnologías que les permite el acceso a la información o el contacto permanente.

Éste estudio configura una nueva perspectiva del cuidado, ya que conocer la vivencia de las madres adoptivas en su proceso de transición a la maternidad, desde su propia experiencia, permite desarrollar e implementar programas de apoyo a las familias, determinar cuáles son los profesionales más capacitados para ello y diseñar estrategias de mejora.

Si como nos han dejado ver las madres, tienen que llegar a ser madres terapéuticas en el cuidado y la satisfacción de las necesidades de sus hijos, creemos que las enfermeras como responsables de los cuidados profesionales, deberían estar junto a las madres en todo su

proceso de transición a la maternidad capacitándoles para la crianza de su hijo. Porque estos niños necesitan unos satisfactores específicos para cubrir sus necesidades y con ayuda profesional, proporcionar un entorno protector que sea potenciador de sus competencias y de sus habilidades. La satisfacción de sus necesidades en la familia debe ser especial, acorde a las carencias que haya sufrido durante su desarrollo (Fernández-Lasquetty, Rizo & Cortes, 2015).

La atención de enfermería a las madres adoptivas debe ser proactiva a diferencia de la ayuda profesional que habitualmente se les presta, que es una atención reactiva cuando ya, niños y madres tienen un problema establecido.

El acompañamiento a las madres desde la preadopción y en la postadopción, puede suponer una forma de disminuir la sensación de aislamiento, de conflicto, inseguridad y de incertidumbre.

Las enfermeras especialistas en pediatría y en enfermería obstétrica ginecológica de Atención Primaria, serían los profesionales idóneos y con capacidad para la atención a las madres en todo su proceso de transición a la maternidad siempre con una atención basada en la comunicación terapéutica, en la relación de ayuda, en la empatía (Mercer, 2006) y libre de todo juicio y así promover una transición saludable de las madres.

9.3 Tercer subestudio: El valor de la atención de enfermería en el cuidado de los niños de adopción internacional

La literatura científica referente a la aportación enfermera al proceso de adopción internacional es muy escasa, pero hay una idea que subyace en todos los estudios (Lobar et al., 1997; Lears et al., 1998; Narad & Mason, 2004; McGuinness & Dyer, 2006; Fontenot, 2007; Rykkje, 2007; Murphy, 2009; Foli, 2012) y que compartimos, como ha quedado puesto de manifiesto en este estudio y es la importancia y la necesidad de la implicación de las Enfermeras en el proceso de AI.

Coincidimos con la idea de Domínguez & Valdivia (2012) cuando afirman que los profundos cambios ocurridos en la sociedad en los últimos años, plantean nuevas expectativas de salud y la demanda de nuevos servicios por parte de los ciudadanos, que suponen nuevos desafíos para la pediatría de Atención Primaria. Entre esos cambios estaría la incorporación de las enfermeras en el proceso de adopción internacional, por lo que abogamos en esta Tesis.

Entre los problemas de salud emergentes en la infancia, a los que explícitamente hacen referencia en su trabajo Domínguez & Valdivia, están las necesidades y las demandas de salud de niños procedentes de adopción internacional que difieren de la población nacional, pero que deben ser igualmente conocidas y manejadas por el equipo de Atención Primaria, primer nexo de unión con el sistema sanitario.

Pero uno de los problemas de la atención al niño de adopción internacional y a su familia en Atención Primaria es la formación de los profesionales, sabiendo que a día de hoy todavía un número importante de las plazas del equipo de pediatría de Atención Primaria son desempeñadas por médicos sin formación específica en esta especialidad y las enfermeras especialistas en pediatría ni siquiera tienen reconocida la categoría profesional para la actividad asistencial, ni puestos específicos para ello, como puede ser en las consultas de

pediatría de Atención Primaria. Esto significa que el equipo o unidad básica de Pediatría puede estar formado por enfermera y médico generalista en lugar de especialistas.

Como avala el estudio realizado por el Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la Asociación Española de Pediatría (Buñuel, García, González, Aparicio, Barroso, Cortés, Cuervo, Esparza, Juanes, Martín, Montón, Perdikidis, 2010), el profesional médico que debe hacer la atención al niño en Atención Primaria debe ser un pediatra, al encontrarse importantes ventajas para la población infantil frente a la atención recibida por un médico generalista.

Respecto a enfermería, todavía no existen estudios similares, al ser una especialidad de reciente aprobación y como hemos dicho, no tener reconocida la categoría profesional.

Desde el punto de vista disciplinar, decir que discrepamos radicalmente en el título de esta publicación: “¿Que profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en atención primaria en los países desarrollados?”, ya que los cuidados constituyen la aportación específica de enfermería y como ellos mismos refieren en su estudio, su objetivo era comparar la atención sanitaria proporcionada por pediatras y médicos de familia/médicos generalistas.

La importancia de la formación y de la especialización de los profesionales, que planteamos en este trabajo, va también en consonancia con lo afirmado por Fontenot (2007), quien considera la formación específica de las enfermeras como un punto clave, así como la implementación de protocolos que se centren en las necesidades de las familias y niños de AI, para poder guiar a los padres y llegar a ser “adoptivo-competentes”. Así mismo (Rykkje, 2007) señala la demanda que existe de un mayor conocimiento por parte de los profesionales de enfermería para cubrir no solo las necesidades físicas, sino también las necesidades psicológicas de los padres.

Como ya señalábamos, con el desarrollo de las especialidades de Enfermería y el inicio de la formación EIR, se plantea un punto de inflexión definitivo en el que las enfermeras, están capacitadas para asumir, liderar y coordinar equipos interdisciplinarios que se adapten a las necesidades del niño, su familia y su entorno en todo el proceso de adopción internacional.

En cuanto a la capacitación de los padres, Murphy (2009) señala que los padres biológicos reciben una preparación específica para la paternidad desde el embarazo. Como ya apuntábamos, actualmente existe un programa de atención a la mujer en el embarazo, parto y puerperio, como prestación incluida en la Cartera de Servicios Comunes de Atención Primaria y durante el ingreso hospitalario tras el parto, en todas las instituciones las enfermeras y matronas tienen una dedicación especial ya sea como escuela de padres con intervenciones de educación para la salud grupales o a nivel individual con los nuevos padres. Las familias adoptivas, por el contrario, no son incluidos en ninguna preparación a la paternidad desde el Sistema Sanitario, siendo una de las mayores demandas de ellos mismos.

No se ha encontrado ningún otro estudio, que como éste aborde específicamente la aportación enfermera al proceso de AI, basando los cuidados en un modelo teórico que los sustente, siguiendo el Proceso Enfermero y utilizando lenguajes enfermeros normalizados para identificar y nombrar todo aquello que la enfermera, por las competencias que le son reconocidas, detecta y trata de forma autónoma y responsable, aportando así la información que demuestra la contribución de los cuidados enfermeros. Los lenguajes enfermeros normalizados utilizados son los diagnósticos enfermeros NANDA (NANDA International, 2015), resultados enfermeros NOC (Moorhead et al., 2014) e intervenciones Enfermeras NIC (Bulechek et al., 2014).

Martínez Martínez (2013) en su trabajo, propone la aportación de la enfermera especialista en salud mental en la AI, que considera necesaria en el proceso de vinculación, cuando hay dificultades en el apego, en la revelación de los padres de la condición de

adoptado a su hijo, ante la estigmatización de los niños por sus diferencias étnicas o culturales, en los problemas alimentarios como puede ser en la bulimia o en otros problemas de sueño, control de esfínteres, etc.

Se trata de una exposición de funciones, sin enmarcarlo en un modelo enfermero y sin utilizar diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras normalizadas.

Por su parte, el trabajo publicado por Ramos & Cano (2010) se trata del proyecto de un programa llevado a cabo por enfermeras especialistas en salud mental, dirigido a padres en la fase preadoptiva, ya que el tiempo de espera constituye un importante estresor y realmente se ha prestado poca atención a esta etapa.

El programa pretende mejorar la capacidad de afrontamiento de los padres que están en lista de espera para adoptar, que ayudarían a mejorar los estilos de afrontamiento, a mantener la integridad familiar y la calidad de vida, mediante psicoterapia y estrategias como la expresión de sentimientos, refuerzo de seguridad y la confianza, implicación familiar, participación asociativa y apoyo de los profesionales. No tenemos constancia de que ese programa se haya llevado a cabo.

Únicamente, el Observatorio de Metodología Enfermera (OME), creado por FUDEN (FUDEN. Fundación para el desarrollo de la Enfermería, n.d.), en su apartado Guía Diagnóstica Enfermera (e 2.0), recoge el proceso vital "Niño adoptado/acogido", proponiendo los diagnósticos e intervenciones enfermeras más relevantes en este proceso vital (Tabla 7). No incluye ningún tipo de valoración de las necesidades para llegar a esos diagnósticos enfermeros y consideramos que se trata de una propuesta muy reduccionista a la vista de todas las necesidades identificadas en estos niños y sus familias.

Proceso Vital: 0126 - Niño adoptado/acogido

Diagnósticos de enfermería	Intervenciones
● 00051 - Deterioro de la comunicación verbal	5440 - Aumentar los sistemas de apoyo
● 00060 - Interrupción de los procesos familiares	5460 - Contacto
● 00111 - Retraso en el crecimiento y desarrollo	5520 - Facilitar el aprendizaje
● 00112 - Riesgo de retraso en el desarrollo	5820 - Disminución de la ansiedad
	6480 - Manejo ambiental
	6710 - Fomentar el acercamiento
	7100 - Estimulación de la integridad familiar
	7130 - Mantenimiento en procesos familiares
	8274 - Fomentar el desarrollo: niño

Tabla 7: Propuesta de la OME de los diagnósticos e intervenciones enfermeras más relevantes en el proceso vital: Niño adoptado.

Como se ha descrito, el proceso enfermero en la atención al niño adoptado y su familia se inicia con una valoración en profundidad, apoyado por la afirmación de Murphy (2009), quien hace referencia a la necesidad de realizar una buena valoración de enfermería preguntando a los padres específicamente sobre los antecedentes del niño, su cultura, su vida previa, los cuidadores que ha tenido y el estilo de crianza, su historia de salud, sus patrones de comportamiento o sus costumbres para dormir, para comer etc.

Por su parte, Swanson (Marriner & Raile, 2008), como ya se ha visto en el primer subestudio de esta Tesis, en su teoría de rango medio propone cinco procesos básicos que dan significado a actos etiquetados como cuidar. Estos procesos básicos son: conocer, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias. En el proceso terapéutico: conocer, Swanson afirma que conocer, significa apartar las ideas preconcebidas que pueda tener la enfermera para tratar de entender a la otra persona a través de la valoración de sus necesidades actuales.

Esto permite a las enfermeras proveer un cuidado comprensivo.

Centrados en los diagnósticos que proponemos en la planificación de los cuidados y las intervenciones enfermeras, Murphy (2009) hace referencia a las múltiples pérdidas que sufren los niños, no sólo a sus padres biológicos, sino también sus cuidadores, su cultura e idioma, que coinciden con los factores relacionados del diagnóstico enfermero identificado en la planificación de cuidados propuesta en este trabajo: 00114 Síndrome de estrés del traslado, que especifica entre sus factores relacionados, antecedentes de pérdida o traslado de un entorno a otro.

Habla también de la superación de las barreras lingüísticas a las que tienen que hacer frente padres e hijos, que iría en consonancia con el diagnóstico enfermero propuesto 00051 Deterioro de la comunicación verbal o el diagnóstico identificado 00120 Baja autoestima situacional, cuando sostiene que un niño con trastorno de apego no se considera suficientemente valioso como para pertenecer a una familia y que se apoyaría en los factores relacionados: antecedentes de pérdida, alteración del rol social o antecedentes de rechazo.

Sin embargo, en la valoración se han identificado otras respuestas del niño y la familia frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales, que constituirían otros diagnósticos enfermeros y que actualmente la NANDA no incluye, como podría ser en todo el proceso de la vinculación.

Ante la demanda de cualquier bebé, cuando llora, el instinto es que la madre acuda para atender al niño y tratar de entender si lo que tiene es hambre, sueño, dolor y así cubrir sus necesidades. Cuando ésta es la tónica habitual en la crianza del niño pronto aprende a tener confianza especialmente en su madre. Pero la experiencia de los niños de adopción internacional es habitualmente la contraria, ante su demanda desatendida aprende a no confiar en los adultos, obstaculizando así el apego normal. A esto se une el no tener un solo cuidador, sino múltiples cuidadores, que además rotan y cambian, por lo que es imposible establecer un

apego normal. La NANDA-I incluye el diagnóstico 00058 Riesgo de deterioro de la vinculación, definido por la vulnerabilidad a una interrupción del proceso interactivo entre los padres o persona significativa y el niño, proceso que fomenta el desarrollo de una relación de protección enriquecedora y recíproca, sin embargo no incluye el diagnóstico real, es decir cuando no existe esa vinculación con los padres, como en el caso de estos niños adoptados.

Similar es el caso del diagnóstico 00227 Riesgo de proceso de maternidad ineficaz, cuya definición es: vulnerable a no tener un proceso de embarazo y parto y cuidado del recién nacido que coincida con el contexto, las normas y las expectativas, que resulta totalmente procedente para las madres adoptivas, pero que solo incluye a las madres biológicas.

Ocurre lo mismo con esas pistas/inferencias identificadas en estos niños en torno a la alimentación, como comer de forma compulsiva, acaparar comida, esconder alimentos, etc, o en la necesidad de vestirse y elegir la ropa adecuadamente, etc, que realmente son respuestas humanas que podrían constituir un nuevo diagnóstico enfermero necesario para la planificación de los cuidados de estos niños y sus familias.

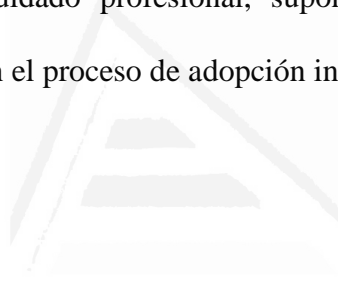
Sabemos que la NANDA-I no está a favor de la construcción aleatoria de diagnósticos enfermeros que se podría realizar sencillamente uniendo términos para crear una etiqueta diagnóstica que represente un juicio basado en una valoración de un paciente. Pero conscientes de que existen áreas o problemas de Enfermería que aún no disponen de una etiqueta diagnóstica de Enfermería NANDA, como hemos identificado en el niño adoptado y su familia, NANDA-I insta a las enfermeras a proponer nuevos diagnósticos siguiendo el sistema de construcción diagnóstica que ellos proponen, es decir combinando exactamente los valores de los ejes taxonómicos, eje 1: foco diagnóstico, eje 2: sujeto diagnóstico, eje 3: juicio, eje 4: localización, eje 5: edad, eje 6: tiempo, eje 7: estado del diagnóstico. En algunas ocasiones alguno de los ejes está implícito, pero los ejes 1, 2 y 3 son componentes esenciales

de un diagnóstico enfermero y deben incluirse forzosamente en cualquier propuesta de un nuevo diagnóstico.

Las propuestas de nuevos diagnósticos a la NANDA-I, deben ser cuidadosamente descritos para asegurar la precisión de la interpretación del juicio clínico por parte de otras enfermeras.

Necesitamos disponer de diagnósticos clínicamente útiles para la práctica y en nuestro caso para las respuestas de los niños y sus familias al proceso vital de adopción internacional.

El análisis en profundidad de las necesidades de los niños adoptados y sus familias y la aportación enfermera con el cuidado profesional, supone una nueva perspectiva de la intervención profesional actual en el proceso de adopción internacional.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

10. LIMITACIONES

El desarrollo de esta Tesis ha tenido ciertas limitaciones que merecen hacerse explícitas.

En un primer momento el estudio quería estar centrado en niños de adopción internacional de 0 a 3 años y en su primer año desde la llegada a España. Queríamos que fuera una experiencia reciente para los padres, que no hubiera sesgos por olvido, o una idealización de su historia por el tiempo transcurrido. Pero la realidad de la adopción a día de hoy es que los niños son cada vez más mayores cuando llegan a las familias, ya que los países intentan la adopción nacional hasta que esta resulta imposible, dejando entonces abierta la opción a la adopción internacional.

La imposibilidad de encontrar el perfil que buscábamos, nos obligó a hacer un cambio y ampliar la edad de los niños y el tiempo transcurrido desde su llegada a la familia adoptiva.

Sin embargo las entrevistas mantenidas con las madres nos mostraron una vivencia tan profunda, que recordaban cada detalle con la máxima claridad y creemos que fueron capaces de transmitirnos su experiencia y sus vivencias como si el tiempo no hubiera pasado, aunque esto puede suponer una limitación del estudio.

En cualquier caso, queríamos centrarnos en la satisfacción de las necesidades de los niños en su edad preescolar, ya que la escolarización supone un punto de inflexión importante para la mayoría de los niños y los padres, con la aparición de nuevos contextos de interacción que no eran objeto de abordar en esta Tesis. El hecho de que algunos de los participantes en este estudio estuvieran ya escolarizados, también puede suponer alguna limitación, al incluir en sus relatos de vida este nuevo contexto, aunque tratamos siempre de reconducir las entrevistas a sus vivencias en la etapa preescolar.

En cuanto a los padres, nuestra intención era realizar las entrevistas a ambos y así tratar de explorar y comprender las vivencias de cada uno de ellos. Sin embargo vimos que a la primera y segunda entrevista acudían únicamente las madres, lo que nos llevo a redirigir en cierta manera el estudio y centrar uno de los subestudios en la transición a la maternidad en el proceso de adopción internacional, fenómeno que no había sido abordado desde la perspectiva enfermera y que iba en la línea del conjunto de la Tesis. Las madres podrían ayudarnos a comprender su experiencia y a saber las necesidades que tienen, sus retos y dificultades y así aportar luz a nuestra segunda hipótesis.

El acceso al campo y llegar a las familias supuso una dificultad importante. En general las familias de niños adoptados tienden a cerrarse y evitar compartir su experiencia con personas que no estén en su misma situación, es decir con otros padres adoptivos o en proceso de adopción. Posiblemente la cantidad de trámites burocráticos que deben hacer a lo largo de todo el proceso, las dificultades con las que se encuentran, la sensación permanente de estar siendo juzgados, bien por los servicios sociales, por las ECAIs, o por cualquier otro profesional que participa en el proceso y por supuesto y como nos han transmitido, por la sociedad en general, les lleva a cerrarse y a levantar un muro difícil de franquear para llegar a ellos.

Tras la participación de los primeros informantes, llegados por muestreo por conveniencia, logramos el acceso real al campo.

El interés por participar en el estudio, alentadas por otras madres cuya experiencia en la entrevista calificaron de muy buena, llevo al muestreo en "bola de nieve" que hizo en un momento determinado contar con familias cuyas experiencias podrían contar con muchas similitudes que llevaría a sesgar la visión del fenómeno en su conjunto. Para evitarlo lo más posible avanzamos al muestreo teórico y deliberado en función de las necesidades de

información que iban surgiendo a partir del análisis que íbamos haciendo de forma concurrente con las entrevistas.

Una de las limitaciones importantes ha sido la falta de Diagnósticos enfermeros NANDA para diversas respuestas identificadas en los padres y niños de adopción internacional e intervenciones NIC a llevar a cabo. Esto limita la planificación completa de los cuidados utilizando lenguaje normalizado enfermero. Hemos intentado paliarlo identificando todos los posibles diagnósticos incluidos en la NANDA-I para el proceso vital de adopción internacional y haciendo explícitas aquellas intervenciones que debe llevar a cabo la enfermera mediante lenguaje natural.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

11. LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

El desarrollo de esta Tesis ha hecho emerger una serie de cuestiones en las que habría que continuar investigando desde la disciplina enfermera y que constituyen líneas futuras de investigación.

Se necesita investigación respecto a los resultados en salud de los niños y las familias de adopción internacional a partir de los recursos con los que han ido contando a lo largo de estos años y así poder hacer una planificación a futuro, eficaz, eficiente y que garantice los mejores resultados en salud.

Se necesita investigar las necesidades secundarias o satisfactores universales, como indicadores para evaluar la satisfacción de las necesidades universales de los niños de adopción internacional.

Es preciso investigar empíricamente la influencia positiva o negativa de cada uno de los contextos en los que el niño se desarrolla a partir del enfoque ecológico.

Si necesitaría comprobar empíricamente que las 14 necesidades propuestas por Henderson se corresponden a necesidades secundarias de salud física y autonomía desarrolladas por Ochaita y Espinosa.

En este estudio observamos concordancias entre el modelo de Virginia Henderson y la teoría de rango medio de Swanson que podrían ubicarse en una misma visión de la

enfermería y que por tanto podrían permitir su utilización conjunta. Esto necesitaría investigación más profunda.

Así mismo se plantea el análisis, desarrollo y propuesta de nuevos diagnósticos enfermeros NANDA, resultados enfermeros NOC e intervenciones enfermeras NIC a partir de la identificación de respuestas del niño y su familia al proceso vital de adopción internacional y que actualmente no existen.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

12. CONCLUSIONES

La adopción internacional constituye un proceso vital para niños y padres, en el que deben hacer frente a múltiples dificultades y en el que los cuidados y la satisfacción de sus necesidades son el eje para un desarrollo saludable y la plena adaptación del niño a la sociedad.

El fenómeno de la adopción internacional constituye una nueva demanda de salud en la sociedad del siglo XXI a la que hay que dar respuesta y hacer balance de los actuales planteamientos, los resultados de los recursos disponibles hasta ahora y especialmente los resultados en salud que se están logrando con el niño y su familia.

Existe poca literatura científica referente a la aportación enfermera al proceso de adopción internacional, pero en toda ella es una constante destacar la necesidad de la implicación y la participación de las enfermeras en el proceso de adopción internacional, como también ha puesto de manifiesto esta Tesis.

La fundamentación teórica del paradigma sociocrítico desde la que se aborda esta Tesis, significa considerar al niño y a su familia como agentes activos de su propio proceso de salud y la enfermera, agente de cambio sociosanitario. Ambos son copartícipes en su proceso vital.

Sustentar el problema investigado en un marco teórico, como se ha hecho en esta Tesis, es imprescindible para el avance de la disciplina enfermera y proporciona la base fundamental para su progreso.

La teorización referente a los elementos que configuran el metaparadigma enfermero en relación a la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional, es un tema que hasta ahora no había sido abordado por otras enfermeras.

Las aportaciones teóricas referidas a cada uno de los elementos del metaparadigma enfermero en relación a la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional que consideramos sustentan la aportación enfermera son:

- Persona: el niño y su familia desde un enfoque holístico como receptores de los cuidados.
- Salud: desde la teoría de las Necesidades Infantiles de Ochaita y Espinosa, quienes afirman que la salud física y la autonomía son las necesidades universales de todos los niños, en todas las etapas de su desarrollo y en todos los pueblos y culturas, aunque la forma de satisfacerlas son diferentes según sus circunstancias vitales.
- Entorno: desde la Teoría Ecológica del Desarrollo Humano de Bronfenbrenner, basada en la relación de cada persona con varios sistemas o contextos en los que se desenvuelve, que entre ellos está interrelacionados y que afectan a su adaptación en las diferentes fases vitales. En la Adopción internacional el microsistema lo constituye la familia adoptiva, el mesosistema son los contextos en los que el niño participa, el exosistema está conformado por los servicios sociales, a los que los

padres tienen que acudir irremediabilmente para todo el proceso de adopción internacional y el macrosistema lo constituye la sociedad y la cultura.

- Cuidado: el modelo de cuidados que consideramos debe guiar la aportación enfermera al niño y la familia en su proceso vital de adopción internacional, debe ser el modelo de cuidados de Virginia Henderson.

Implementar el modelo de cuidados de Virginia Henderson, como modelo conceptual en la práctica clínica, significa adoptar una perspectiva disciplinar y profesional enfermera, en consonancia con el eje primordial del proceso de AI, la satisfacción de las necesidades del niño y su familia desde una concepción holista de la persona.

El modelo de cuidados de Henderson y la teoría de rango medio de Swanson podrían ubicarse en una misma visión enfermera y por tanto permitirían la utilización del modelo conceptual con una teoría de rango medio para la práctica de los cuidados de los niños de AI.

El término "necesidades especiales" en los niños de AI, utilizado de forma habitual en la literatura científica, se refiere a aquellas variables que influyen directamente en la facilidad/dificultad para ser adoptados y la facilidad/dificultad que van a tener los padres para cuidar y criar a sus hijos.

Los niños y las familias necesitan ayuda profesional para lograr un entorno protector en cada uno de los contextos en los que el niño se desarrolla, potenciando sus capacidades y habilidades.

Sólo acercándose a los padres de los niños se pueden explorar y comprender sus experiencias, sus dificultades, retos y tareas a las que se enfrentan y así hacer una planificación de los cuidados a partir de las respuestas humanas identificadas, que constituyen la aportación enfermera al proceso de adopción internacional.

Las madres adoptivas también necesitan atención para prepararse para la llegada de su hijo y así facilitar una maternidad saludable, prestación con la que ahora mismo no cuentan a diferencia de las madres biológicas.

Las propias madres, a través de sus discursos, nos permitieron comprender que su proceso de transición a la maternidad adoptiva y convertirse en madre es para ellas es una experiencia cargada de emociones, incertidumbres, ambivalencias y dificultades, que viven con mucha intensidad, de una forma muy especial y se sienten felices en su papel de madre.

Las madres nos han hecho comprender como a pesar de no haber pasado por la experiencia del embarazo y el parto, ellas han tenido otras experiencias que les han permitido sentirse igual de madres que las biológicas.

Los recursos que utilizan las madres en su proceso de transición a la maternidad, que sienten que realmente les ayudan son: el contacto con los iguales, el apoyo familiar y el uso de las nuevas tecnologías que les permiten el acceso a la información y el contacto permanente.

Los padres necesitan ayuda, apoyo y asesoramiento desde la preadopción y en la postadopción.

La respuesta a la demanda de los padres de recursos destinados a apoyarles, asesorarles y orientarles a lo largo de todo el proceso de AI, puede estar en la inclusión de enfermería como profesional activo en este proceso.

Las necesidades del niño y su familia son el eje del modelo de intervención profesional de enfermería en el proceso de AI.

La visión holista del niño y su familia, la búsqueda de los significados de sus comportamientos, la escucha activa, la comunicación y la interacción, son componentes fundamentales de la aportación del valor del cuidado enfermero al proceso de AI.

La aportación enfermera al proceso de adopción internacional parte del proceso enfermero como marco organizado para la práctica de la enfermería profesional.

La intervención precoz de los profesionales de enfermería junto a los niños y las familias en el proceso de AI puede mejorar su calidad de vida, el desarrollo del niño y propiciar una integración saludable en la sociedad.

La atención de enfermería junto a los niños y las familias en el proceso de AI debe ser proactiva a diferencia de la ayuda profesional que habitualmente se les presta, que es una atención reactiva cuando ya, niños y padres tienen un problema establecido.

La formación en AI en los estudios de pregrado y postgrado de los profesionales de enfermería y en la formación de las enfermeras especialistas, es una necesidad para poder cubrir las nuevas demandas de salud de la sociedad del siglo XXI.

La Atención Primaria, con la Unidad Básica de Pediatría formada por médico y enfermera especialista en pediatría, ofreciendo una atención centrada en las necesidades del niño adoptado y su familia, utilizando protocolos de atención basados en la última y mejor evidencia disponible y enfermería mediante el proceso enfermero como sistema de trabajo, son claves para lograr que los padres sean “adoptivo competentes”.

Mediante la valoración enfermera del niño y su familia se han identificado respuestas a problemas de salud/procesos vitales que podrían constituir diagnósticos enfermeros, pero que actualmente no existen en la clasificación NANDA-I.

Esta tesis constituye una nueva perspectiva de la intervención profesional actual en el proceso de adopción internacional.

Las enfermeras como responsables de los cuidados profesionales de la persona y la satisfacción de sus necesidades, queda legitimada como profesional implicado en la atención al niño de adopción internacional y su familia.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

13. BIBLIOGRAFÍA

- Adroher Biosca, S. (2007). Capacidad, idoneidad y elección de los adoptantes en la adopción internacional: un reto para el ordenamiento jurídico español. *Revista Crítica de Derecho Inmobiliario*, 701, 944–1004.
- Alberola López, S., Pérez García, I., & Andrés de Llano, J. (2008). Estado de salud y evolución de un grupo de niños procedente de adopción internacional. *Bol. Pediatría*, 48(204), 116–123.
- Alberola López S, Berastegui Pedro-Viejo A, De Aranzábal Agudo M, Cortés Lozano A, Fumadó Pérez V, García López-Hortelano M, García Pérez J, Hernández Merino A, Lirio Casero J, Oliván Gonzalvo G, P. C. (2008). *Adopción Internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios*. (Cora, Ed.). Madrid.
- Alfaro-LeFebre, R. (1998). *Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso* (Springuer, Ed.) (4ª Edic). Florida.
- Amorós, P. (1987). *La adopción y el acogimiento familiar*. (Narcea, Ed.). Barcelona.
- Anderson, JA; Mohr, W. (2003). A Developmental Ecological Perspective in Systems of Care for Children with Emotional Disturbances and Their Families. *Education and Treatment of Children*, 26, 52–74.
- Andresen, I. (1992). Behavioral and school adjustment of 12-13 year old internationally adopted children in Norway: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 427–439.
- Aranzabal Agudo, M., Echevarria, M. L., Ocio, I. O., Pérez, B. R., Pedro, E. V. de, Szigriszt, C. V., Solaun, M. R. (2007). La salud de los niños adoptados en el extranjero por familias del País Vasco y Navarra (1997-2004). *Pediatría Atención Primaria*, IX(35),

427–447.

Belsky, J. (1980). Child maltreatment: an ecological integration. *The American Psychologist*, 35(4), 320–35.

Berástegui, A. (2005). *La adaptación familiar en adopción internacional: Una muestra de adoptados mayores de tres años en la comunidad de Madrid*. (C. E. y S. C. de Madrid, Ed.). Madrid.

Berástegui, A. (2007). La adaptación familiar en adopción internacional: un proceso de estrés y afrontamiento. *Anuario de Psicología*, 38(2), 209–224.

Berástegui, A. (2011). Adopción internacional: ¿solidaridad con la infancia o reproducción asistida? *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació I de l'Esport*, 0(27).

Berástegui Pedro-Viejo, A; Gomez Bengoechea, A. (2008). *Los retos de la postadopción: balance y perspectivas*. (M. de T. y A. Sociales, Ed.). Madrid.

Berástegui Pedro-Viejo, A. (2003). *Las adopciones internacionales truncadas y en riesgo en la Comunidad de Madrid*. (Consejo Económico y Social & Comunidad de Madrid, Eds.). Madrid.

Berástegui Pedro-Viejo, A. (2012). La adaptación familiar y social de los menores adoptados internacionalmente: seguimiento postadoptativo en la Comunidad de Madrid.

Miscelánea Comillas: Revista de Ciencias Humanas Y Sociales, ISSN 0210-9522, Vol. 70, N° 136, 2012, Págs. 91-121, 70(136), 91–121.

Berástegui Pedro-Viejo, A. (2013). La adaptación familiar y social de los menores adoptados internacionalmente. Seguimiento postadoptativo en la Comunidad de Madrid.

Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas Y Sociales, 70(136), 91–121.

Berástegui Pedro-Viejo, A., & Gómez Bengoechea, B. (2015). Adopción internacional: de dónde venimos, a dónde vamos. *Indice: Revista de Estadística Y Sociedad, ISSN-E 1696-9359, N°. 63 (Abril), 2015 (Ejemplar Dedicado a: Infancia), Págs. 35-37, (63), 35–37.*

- Berlanga Fernández, S.; Pérez Cañaveras, R.M.; Vizcaya Moreno, M. M. F. V., & Moreno, M. (2012). Aplicación práctica de los modelos de Mercer y Beck en las especialidades de enfermería. *Evidentia*, 9(39).
- Bertran Tarrés, M; Badia, V. (2014). El tiempo de espera en la adopción: ¿tiempo de riesgo o de formación para la prevención para las familias? *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació I de l'Esport*, 32(2).
- Blanca Pérez, B., & Mendoza Lara, E. (2012). Lenguaje y adopción internacional: una revisión de la literatura actual.
- Blasco Alfaro, E., Casino García, A. M., Ygual Fernández, A., & Llinares Insa, L. I. (2012). La evaluación del lenguaje de los niños procedentes de la adopción internacional: herramientas e instrumentos empleados. *Edetania: Estudios Y Propuestas Socio-Educativas*, ISSN 0214-8560, N.º. 41, 2012, Págs. 83-103, (41), 83–103.
- Blumer, H. (1986). *Symbolic interactionism : perspective and method*. University of California Press.
- BOE núm. 182, de 1 agosto de 1995. Convenio de La Haya, de 29 de mayo de 1993, relativo a la Protección del Niño y a la Cooperación en materia de Adopción Internacional (2010).
- Bohman, M; Sigvardsson, S. (1990). Outcome in adoption: lessons form longitudinal studies. In O. U. Press (Ed.), *The psychology of adoption* (pp. 93–106). New York.
- Borobio, D. (2003). *Familia e interculturalidad*. (Universidad Pontificia de Salamanca, Ed.).
- Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health. *Bulletin of the World Health Organization*, 3(3), 355–533.
- Bowlby, J., & Mateo, E. (1989). *Una base segura : aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Paidós.
- Brancós, I. (1998). L'adopció internacional a Catalunya: un fenomen emergent | CED. *Paper*

En Demografía.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. (Paidós, Ed.). Barcelona.

Buia, A. et al. (2007). *Guidelines on Post-adoption Services*. (Childoneurope Secretariat, Ed.). Firenze.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2014). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Elsevier España.

Buñuel Álvarez, J.C., García Vera, C., González Rodríguez, P., Aparicio Rodrigo, M., Barroso Espadero, D., Cortés Marina, R.B., Cuervo Valdés, J., Esparza Olcina, M.J., Juanes de Toledo, B., Martín Muñoz, P., Montón Álvarez, J.L., Perdikidis Oliveri, L., J. . (2010). ¿Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en Atención Primaria en países desarrollados?: Revisión sistemática. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 12(18), 9–72.

Callejón-Póo, L; Boix, C; López-Sala, A; Colomé, R; Fumadó, V. et. al. (2012). Perfil neuropsicológico de niños adoptados internacionalmente en Cataluña. *Anales de Pediatría*, 76(1), 23–29. <http://doi.org/10.1016/j.anpedi.2011.07.023>

Calvo Blanco, E. (1994). Principios de la adopción internacional. *Trabajo Social Hoy*, 3, 84–91.

Carpenito, L. J. (2013). *Manual de diagnósticos enfermeros*. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Carr, W; Kemmis, S. (1988). *Teoría Crítica de la Enseñanza*. (Martínez Roxa, Ed.). Barcelona.

Carrillo Carrillo, L. (2003). La adopción internacional en España. *Anales de Derecho*, 21, 145–192.

Castillo Sepúlveda, L. (2013). *Narrativas de paternidad/maternidad, familia y crianza en padres y madres adoptivos/as*. Universidad de Chile.

- Charon, J. M. (2010). *Symbolic interactionism : an introduction, an interpretation, an integration*. Prentice Hall.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2008). Formar para la adopción. Entrevista a Jesús Palacios.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2015). *Basics of qualitative research : techniques and procedures for developing grounded theory*. (SAGE, Ed.).
- Domínguez Aurrecocheaa, B; Valdivia Jiménez, C. (2012). La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo xxi. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.*, 26(S), 82–87.
- Doyal, L., & Gough, I. (1991). *A theory of human need*. MacMillan.
- Durán de Villalobos. (2007). Teoría de enfermería ¿un camino de herradura? *Aquichán*, 7(2).
- Erich, S., & Leung, P. (1998). Factors contributing to family functioning of adoptive children with special needs: A long term outcome analysis. *Children and Youth Services Review*, 20(1–2), 135–150. [http://doi.org/10.1016/S0190-7409\(97\)00070-4](http://doi.org/10.1016/S0190-7409(97)00070-4)
- España. (2009). Orden SAS/1349/2009. *Boletín Oficial Del Estado*, (6 de Mayo).
- España. (2010). Orden SAS/1730/2010 de 17 de junio. *Boletín Oficial Del Estado*, (29 de Junio).
- Federación Coordinadora de Asociaciones en Defensa de la Adopción y el Acogimiento. Manifiesto para la regulación y coordinación de los seguimientos post-adoptivos (2013).
- Fernández-Lasquetty Blanc, B., Rizo Baeza, M. . M., & Cortes Castell, E. (2015). Aproximaciones teóricas a la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional desde la perspectiva enfermera. *Index de Enfermería*, 24(3), 149–153. <http://doi.org/10.4321/S1132-12962015000200007>
- Ferrandis, A. (2008). El seguimiento: ¿una verdadera oportunidad para la intervención postadoptiva? In Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Ed.), *Los retos de la*

- postadopción: balance y perspectivas* (pp. 157–162). Madrid.
- Field, P; Morse, J. (1985). *Nursing research application of qualitative aproache*. (Sage, Ed.). London.
- Foli, K. J. (2010). Depression in Adoptive Parents: A Model of Understanding Through Grounded Theory. *Western Journal of Nursing Research*, 32(3), 379–400.
<http://doi.org/10.1177/0193945909351299>
- Foli, K. J. (2012). Nursing Care of the Adoption Triad. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(4), 208–217. <http://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2012.00327.x>
- Foli, K. J., Schweitzer, R., & Wells, C. (2013). The Personal and Professional. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 38(2), 79–86.
<http://doi.org/10.1097/NMC.0b013e3182763446>
- Fontenot, H. B. (2007). Transition and Adaptation to Adoptive Motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(2), 175–182.
<http://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00134.x>
- Frekko, Susan E; Leinaweaver, Jessaca B; Marre, D. (2015). How (not) to talk about adoption: On communicative vigilance in Spain. *American Ethnologist*, 42(4), 703–719.
<http://doi.org/10.1111/amet.12165>
- FUDEN. Fundación para el desarrollo de la Enfermería. (n.d.). Observatorio de Metodología Enfermera.
- García-Gómez, M.-J. (2012). Revisión crítica sobre adopciones: una cuestión pendiente para el Trabajo Social. *Portularia*, XII(2), 81–95.
- García Pérez, J; Lirio Casero, J. (2006). *Adopción internacional. Guía médica para padres*. (I. M. del menor y la familia. C. de familia y asuntos Sociales, Ed.). Madrid.
- Gindis, B. (2005). Cognitive, Language, and Educational Issues of Children Adopted from Overseas Orphanages. *Journal of Cognitive Education and Psychology*, 4(3), 290–315.

- Giraldo Gómez, NP; García Barreto, J., & Muñoz Rodríguez, L. DE. (2010). *Cuidado para el bienestar de los familiares de pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos de adultos con base en la Teoría de Kristen Swanson*. Universidad Nacional de Colombia. facultad de Enfermería.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1973). *The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research*. Aldine Pub.
- Golombok, S. (2006). *Modelos de familia : ¿qué es lo que de verdad cuenta?* Ed. Graó. Brcelona.
- Gómez Bengoechea, B; Berástegui Pedro-Viejo, A. (2009). El derecho del niño a vivir en familia. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas Y Sociales*, 67(130), 175–198.
- González-González, M. (2015). Trabajo social y adopción. Universidad de Jaén
- González, J. C. (2003). Nuevos modelos de familia y Derecho Internacional Privado en el siglo XXI. *Anales de Derecho*, 21(0), 109–143.
- Gonzalvo, O., & G. (2006). Estudio auxológico de niñas adoptadas en China. *Anales de pediatria*, 65(1), 88–90.
- Grantham-McGregor, S. (1995). A review of studies of the effect of severe malnutrition on mental development. *The Journal of Nutrition*, 125(8 Suppl), 2233S–2238S.
- Grau, E; Mora, R. (2010). Entornos terapéuticos en postadopción. *Información Psicológica*, 8, 4–11.
- Groze, V. & Rosenthal, J. A. (1993). Attachment theory and the adoption of children with special needs. *Social Work Research & Abstracts*, 29(2), 5–12.
- Guerra Ramírez, M. (2013). Fortalecimiento del Vínculo Padres-Hijo a Través del Proceso de Cuidado de Kristen Swanson. *Ciencia E Innovación En Salud*, 1(2).
- Guzmán Peces, M. (2007). *La adopción internacional : guía para adoptantes, mediadores y*

- juristas*. La Ley-Actualidad.
- Harf, A., Skandrani, S., Krouch, T., Mestre, C., Moro, M. R., & Baubet, T. (2011). [Trauma among children and parents within the context of international adoption]. *Soins. Pédiatrie, Puericulture*, (258), 24–8.
- Henderson V. (1955). *The Nature of Nursing: A Definition and Its Implications for Practice* .- Virginia Henderson - .(McMillan, Ed.). New York.
- Hernandez Merino, A. (2006). El niño adoptado en el extranjero. Papel del pediatra de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 8(Supl 2), S55-75.
- Hernández Merino, A. (2003). Niños procedentes de adopción internacional; niños con necesidades especiales, pero no niños especiales. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 5, 545–551.
- Hoffman, E. (2009). *Abraham Maslow : vida y enseñanzas del creador de la psicología humanista*. (Kairos, Ed.). Barcelona : Kairós.
- Hostetter, M. K., Iverson, S., Dole, K., & Johnson, D. (1989). Unsuspected infectious diseases and other medical diagnoses in the evaluation of internationally adopted children. *Pediatrics*, 83(4), 559–64.
- Jefatura del Estado. Ley 54/2007, de 28 de diciembre, de Adopción internacional., BOE (2007).
- Jociles Rubio, M. I., & Charro Lobato, C. (2008). Construcción de los roles paternos en los procesos de adopción internacional: el papel de las instituciones intermediarias. *Política Y Sociedad, ISSN 1130-8001, Vol. 45, N° 2, 2008 (Ejemplar Dedicado a: Las Nuevas Formas Familiares Del Siglo XXI)*, Págs. 105-130, 45(2), 105–130.
- Johnson, D. (2002). Adoption and the effect on children's development. *Early Human Development*, 68(1), 39–54.
- Johnson, D. E. (2005). International Adoption: What Is Fact, What Is Fiction, and What Is

- Future? *Pediatr. Clin. North. Am.*, 52(5), 1221–1245.
- José, C., Bellido, C., Área, V. E., Complejo, Q., De, H., José, J., Cobo, L. (2010). *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN*. (Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaen, Ed.). Jaen.
- Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (2005). Behavior Problems and Mental Health Referrals of International Adoptees. *JAMA*, 293(20), 2501.
<http://doi.org/10.1001/jama.293.20.2501>
- Kawulich Barbara, B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos1. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6()(2. Art. 43.).
- Kirk, D. (1964). *Shared fate: A theory of adoption and mental health*. (The Free Press of Glencoe., Ed.). New York.
- Kroupina, M. G., Eckerle, J. K., Fuglestad, A. J., Toemen, L., Moberg, S., Himes, J. H., ... Johnson, D. E. (2015). Associations between physical growth and general cognitive functioning in international adoptees from Eastern Europe at 30 months post-arrival. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 7(1), 36. <http://doi.org/10.1186/s11689-015-9132-7>
- Kuhn, T. S. (1962). *La estructura de las revoluciones científicas*. (Fondo de Cultura Económica, Ed.). Mexico.
- Kuhn, T. S. (1982). *La tensión esencial. Estudios selectos sobre la tradición y el cambio de la ciencia*. (Fondo de Cultura Económica, Ed.). Madrid.
- Lears, M. K., Guth, K. J., & Lewandowski, L. (1998). International adoption: a primer for pediatric nurses. *Pediatric Nursing*, 24(6), 578–86.
- Lesar Judge, S. (1999). Eastern European Adoptions: Current Status and Implications for Intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19(4), 244–252.

<http://doi.org/10.1177/027112149901900405>

- Lobar, S. L., Phillips, S., & Simunek, L. A. (1997). Legal Issues in Nonrelated Infant Adoption: Nursing Implications. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 2(3), 116–124. <http://doi.org/10.1111/j.1744-6155.1997.tb00068.x>
- Lofland, J., & Lofland, J. (2006). *Analyzing social settings : a guide to qualitative observation and analysis*. Wadsworth/Thomson Learning.
- Loizaga Latorre, F; Louzao Rojas, I; Aranzabal Agudo, M; Labayru Etxeberria, M. (2009). *Adopción internacional: ¿cómo evolucionan los niños, las niñas y sus familias?* (Universidad de Deusto, Ed.). Bilbao.
- Lourenço Nogueira, T., Gómez Candela, C., Loria, V., Lirio Casero, J., & García Pérez, J. (2007). El estado nutricional de niñas chinas adoptadas en España. *Nutrición Hospitalaria*, 22(4), 436–446.
- Marriner, A; Raile, M. (2008). *Modelos y teorías en enfermería*. (Mosby, Ed.) (6ª Ed). Madrid.
- Martín-Fontelos P, García López-Hortelano M, Villota-Arrieta J, Pérez-Jurado ML, Clilleruelo-Ortega MJ, Subirats-Núñez M, et al. (2002). Niños adoptados. Patología importada. *An Esp Pediatr*, 56(5), 8.
- Martínez, M. (1982). *La psicología humanista. Fundamentación epistemológica, estructura y método*. (Trillas, Ed.). México.
- Martínez Martínez, C. (2013). Intervención del profesional enfermero de Salud Mental en familias adoptivas de origen internacional. *Metas de Enfermería*, 16(3), 12–15.
- Mayan, M. J. (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos: modulo de entrenamiento para estudiantes y profesores*. (Alberta, Ed.), Qual Institute Press. Canadá.
- McGuinness, T.M; Pallansch, L. (2000). Competence of children adopted from the former Soviet Union. *Family Relations*, 49(4), 457–464.

- McGuinness, T. M., & Dyer, J. G. (2006). International Adoption as a Natural Experiment. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(4), 276–288. <http://doi.org/10.1016/j.pedn.2006.02.001>
- McGuinness, T. M., & Robinson, C. B. (2011). Update on International Adoption: Focus on Russia. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 49(6), 17–20. <http://doi.org/10.3928/02793695-20110503-02>
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing : development and progress*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Mercer, R. T. (1995). *Becoming a mother : research on maternal identity from Rubin to the present*. Springer Pub. Co.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship : An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 36(3), 226–32.
- Mercer, R. T. (2006). Nursing Support of the Process of Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(5), 649–651. <http://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00086.x>
- Miller, BC; Fan, X; Christensen, M; Grotevant, HD; van Dulmen, M. (2000). Comparisons of Adopted and Nonadopted Adolescents in a Large, Nationally Representative Sample. *Child Development*, 71(5), 1458–1473. <http://doi.org/10.1111/1467-8624.00239>
- Miller, L. C., Chan, W., Litvinova, A., Rubin, A., Tirella, L., & Cermak, S. (2007). Medical diagnoses and growth of children residing in Russian orphanages. *Acta Paediatrica*, 96(12), 1765–1769. <http://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00537.x>
- Miller, L. C., & Hendrie, N. W. (2000). Health of Children Adopted From China. *Pediatrics*, 105(6).
- Miller, L. C., Kiernan, M. T., Mathers, M. I., & Klein-Gitelman, M. (1995). Developmental and nutritional status of internationally adopted children. *Archives of Pediatrics &*

Adolescent Medicine, 149(1), 40–4.

Miller, L. C., Tseng, B., Tirella, L. G., Chan, W., & Feig, E. (2008). Health of Children Adopted from Ethiopia. *Maternal and Child Health Journal*, 12(5), 599–605.

<http://doi.org/10.1007/s10995-007-0274-4>

Miller, L., Chan, W., Comfort, K., & Tirella, L. (2005). Health of Children Adopted From Guatemala: Comparison of Orphanage and Foster Care. *Pediatrics*, 115(6), e710–e717.

<http://doi.org/10.1542/peds.2004-2359>

Ministerio de Sanidad, S. S. e I. (2016a). Adopciones.

Ministerio de Sanidad, S. S. e I. (2016b). *Estadísticas de adopción internacional años 2011-2015*. Madrid.

Ministerio de Sanidad, S. S. e I. (2016c). La infancia en España.

Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. (2011). Disposición 9081 del BOE núm. 123 de 2011.

Mitchell, K. (2001). Fetal alcohol syndrome and other alcohol related birth defects:

Identification and implications. *The Nadd Bulletin*, 4(1), 11–14.

Montané, M.J; García, M. E. (1991). La adopción internacional en España. *Infancia Y Sociedad*, 12, 18–23.

Montané, M. J. (1996). La evolución de la adopción internacional en España. *Anuario de Psicología*, 71, 23–36.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2014). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) : Medición de Resultados en Salud*. Elsevier Health Sciences Spain.

Morse, J. M. (2001). Using Shadowed Data. *Qualitative Health Research*, 11(3), 291–292.

<http://doi.org/10.1177/104973201129119091>

Murphy, N. L. (2009). Facilitating Attachment After International Adoption. *MCN, The*

- American Journal of Maternal/Child Nursing*, 34(4), 210–215.
<http://doi.org/10.1097/01.NMC.0000357911.10606.63>
- NANDA International. (2015). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017 - 9788490229514* / Elsevier España. (Elsevier, Ed.).
- Narad, C., & Mason, P. W. (2004). International adoptions: myths and realities. *Pediatric Nursing*, 30(6), 483–7.
- Navarro Elipe, M. (2011). *Guia para la intervención educativa del niño adoptado*. Zaragoza.
- Nelson, A. M., Barclay, L., Everitt, L., Rogan, F., Schmied, V., Wyllie, A., Wilging, S. (2003). Transition to Motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32(4), 465–477. <http://doi.org/10.1177/0884217503255199>
- Nelson, C. A. (2007). A Neurobiological Perspective on Early Human Deprivation. *Child Development Perspectives*, 1(1), 13–18. <http://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2007.00004.x>
- Ochaita, E; Agustin, S; Espinosa, M. (2010). Indicadores de bienestar infantil: la teoría de derechos y necesidades de la infancia como marco teórico y organizativo. In Unicef (Ed.), *Propuesta de un sistema de indicadores sobre bienestar infantil en España*. (pp. 52–66). España.
- Ochaita, E; Espinosa, M. (2004). *Hacia una teoría de las necesidades infantiles y adolescentes: necesidades y* (McGrawHill Interamericana de España, Ed.). Madrid.
- Ochaita Alderete, E; Espinosa Bayal, M. (2012). Los Derechos de la Infancia desde la perspectiva de las necesidades. *Educatio Siglo XXI*, 30(2), 25–46.
- Ochando Perales, G; Peris Cancio, S; Millán Olmo, M.C; Loño Capote, J. (2008). Trastornos de conducta en niños adoptados. *Rev de Psiquiatría Infanto-juvenil*. Vol. *Rev de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 25 (Especi), 25–32.
- Ocón Domingo, J. (2005). La adopción internacional en España. *Papers*, 77, 205–218.

<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.5565/rev/papers/v77n0.937>

- Oliván-Gonzalvo, G. (2003). Diagnósticos neurológicos en los informes médicos preadoptivos de Rusia. *Rev Neurol*, 37(11), 1009–1013.
- Oliván Gonzalvo, G. (n.d.). Adopción en Rusia, Ucrania y Kazajstán: informes médicos, problemas de salud y telemedicina.
- Oliván Gonzalvo, G. (2004). Adopción internacional en Rusia: ¿un riesgo añadido? *Anales de Pediatría*, 61(4), 344–345. [http://doi.org/10.1016/S1695-4033\(04\)78400-3](http://doi.org/10.1016/S1695-4033(04)78400-3)
- Oliván Gonzalvo, G. (2005). Medicina y adopción internacional. *JANO*, LXVIII(1.561).
- Oliván Gonzalvo, G. (2006). Adopción en la Federación Rusa y Europa del Este: problemas de salud y recomendaciones médicas. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, VIII(30), 73–89.
- Oliván Gonzalvo, G. (2007). Adopción en China de niños con necesidades especiales: el “pasaje verde.” *Anales de Pediatría*, 67(4), 374–377. [http://doi.org/10.1016/S1695-4033\(07\)70656-2](http://doi.org/10.1016/S1695-4033(07)70656-2)
- Ortiz, A. M., Domínguez Pinilla, N., Wudineh, M., & González-Granado, L. I. (2015). Adopción internacional de Etiopía en un período de 5 años. *An Pediatr (Barc)*, 82(5), 302–307. <http://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.06.011>
- Palacios, J; Brodzinsky, D. (2010). Adoption research: Trends, topics, outcomes. *International Journal of Behavioral Development*, 34(3), 270–284. <http://doi.org/10.1177/0165025410362837>
- Palacios, J; Sanchez-Sandoval, Y; León, E. (2005). *Adopción internacional en España: un nuevo país, una nueva vida*. (M. de T. y A. Sociales, Ed.). Madrid.
- Palacios, J. (1998). Familias adoptivas. In Alianza Editorial (Ed.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 353–372). Madrid.
- Palacios, J. (2007). Después de la adopción: necesidades y niveles de apoyo. *Anuario de*

Psicología / The UB Journal of Psychology, 38(2), 181–198.

Palacios, J. (2009a). La adopción como intervención y la intervención en adopción. *Papeles Del Psicólogo*, 30(1), 53–62.

Palacios, J. (2009b). The ecology of adoption. In Wiley Blackwell (Ed.), *International advances in adoption research for practice* (pp. 71–94).

Palacios, J., Román, M., & Camacho, C. (2011). Growth and development in internationally adopted children: extent and timing of recovery after early adversity. *Child: Care, Health and Development*, 37(2), 282–288. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01142.x>

Parrondo, L. (2009). Especialización profesionales servicios apoyo postadoptivo. *Afin Newsletter*, (8).

Polit, D.F.; Hungler, B. P. (1994). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. (Interamericana-McGraw-Hill, Ed.). México.

Ramos Martínez, M C ; Cano Asuar, M. (2010). Intervenciones de la enfermera de Salud Mental para mejorar la calidad de vida de los padres que están en lista de espera para adoptar. *Biblioteca Lascasas*, 6(2).

Reinoso, M., & Forns, M. (2011). Estrés, estrategias de afrontamiento y puntos fuertes y dificultades: un estudio sobre menores adoptados internacionalmente en Cataluña. *Aloma: Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació I de l'Esport*, 0(27).

Richards, L., & Morse, J. M. (2013). *Readme first for a user's guide to qualitative methods*. Sage.

Rodríguez-Jaume, M. J., & Jareño Ruiz, D. (2015). Estigma social y adopción internacional en España. ¿Es la familia adoptiva un modelo familiar menos «auténtico» que los basados en lazos biológicos? *Papers. Revista de Sociologia*, 100(2), 211. <http://doi.org/10.5565/rev/papers.2070>

- Rosser Limiñana, A. (2009). Reflexiones acerca del proceso psico-social de valoración de idoneidad para la adopción de menores en la Comunidad Valenciana. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (16), 101–109.
<http://doi.org/10.14198/ALTERN2009.16.8>
- Rosser Limiñana, A. M. (2010). *Evolución del proceso de adopción y satisfacción percibida por las familias adoptivas*. Corts Valencianes.
- Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role: Part I. Processes. : Nursing Research. *Nursing Research*, 16(3), 237–245.
- Rubin, R. (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Maternal-Child Nursing Journal*, 4(3), 143–53.
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. (Springer, Ed.). New York.
- Ruiz, I. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. (Universidad de Deusto, Ed.). Bilbao.
- Rutter, M. (1998). Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 39(4), 465–76.
- Rykkje, L. (2007). Intercountry adoption and nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(4), 507–514. <http://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00503.x>
- Sala, M. (2011). Problemas de lenguaje en niños adoptados. *Cuadernos de Pedagogía*, 412, 66–68.
- Sallés Domènech, C., & Ger Cabero, S. (2011). Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación. *Educación Social: Revista de Intervención Socioeducativa*, ISSN 1135-8629, N° 49, 2011, Págs. 25-47, (49), 25–47.
- San Roman, B. (2010). *Adopcion Y Escuela. Guia Para Educadores Y Familias*.

- Sánchez-Sandoval, Y., León, E., & Román, M. (2012). Adaptación familiar de niños y niñas adoptados internacionalmente, *28*(2), 558–566.
<http://doi.org/10.6018/analesps.28.2.128711>
- Sánchez Sandoval, Y., & Palacios González, J. (2012). Problemas emocionales y comportamentales en niños adoptados y no adoptados. *Clínica Y Salud*, *23*(3), 221–234.
- Schweiger, W. K., & O'Brien, M. (2005). Special Needs Adoption: An Ecological Systems Approach. *Family Relations*, *54*(4), 512–522. <http://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2005.00337.x>
- Selman, P. (2000). The demographic history of intercountry adoption. In B. A. for A. and Fostering (Ed.), *Developments, trends and perspectives* (pp. 15–37). London.
- Servicio Madrileño de Salud. Gerencia de Atención Primaria. (2014). Atención a la Salud Infantil en los Centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.
- Siles, J; Garcia, E. (1995). Las características de los paradigmas científicos y su adecuación a la investigación en enfermería. *Enfermería Científica*, *160/161*, 10 15.
- Siles, J. (1999). Historia de la Enfermería Comunitaria en España. Un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. *Index Enferm*, *24–25*, 25–31.
- Siles, J. (2016). Historia de los cuidados de salud mental. In Elsevier (Ed.), *Enfermería psiquiátrica*. Madrid.
- Singer, E., & Krebs, M. (2008). Assisting adoptive families: children adopted at older ages. *Pediatric Nursing*, *34*(2), 170–3.
- Soler Gómez, V. (2015). *Evaluación del desarrollo madurativo en niños y niñas de adopción internacional y la influencia de la familia en su evolución*. Universidad de Valencia.
- Sonego, M., García Pérez, J., & Pereira Candel, J. (2002). Problemas de salud de los niños extranjeros adoptados en España. *Medicina Clínica*, *119*(13), 489–491.

[http://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)73471-4](http://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)73471-4)

Spitz, R. (1945). *Hospitalism: Psychoanalytic study of the child*. (I. U. Press, Ed.). New York.

Strauss, A; Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. (U. de Antioquia, Ed.). Medellín.

Strauss, A. L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. (Cambridge University Press, Ed.). Cambridge.

Swanson, J. M. (1986). The formal qualitative interview for grounded theory. In Addison-Wesley. (Ed.), *From practice to grounded theory : Qualitative research in nursing*. Menlo Park, CA.

Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161–6.

Taylor, Steve J; Bogdan, R., & Piatigorsky, J. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación : la búsqueda de significados*. (Paidós, Ed.). Barcelona: Paidós.

Tizard, B; Hodges, J. (1990). Ex-institutional children: a follow-up study to age 16. *Adoption and Fostering*, 14, 17–20.

Universidad Nacional Autónoma de México (Ed.). (2015). *Paradigmas que subyacen en la investigación en Enfermería*. Mexico.

Vasilachis de Gialdino, I. (1992). *Métodos cualitativos. Los problemas teórico-epistemológicos*. (C. E. de A. Latina, Ed.). Buenos Aires.

Vivar, C. G., Arantzamendi, M., López-Dicastillo, O., & Gordo Luis, C. (2010). La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Index de Enfermería*, 19(4), 283–288.

Wolcott, H. F. (1994). *Transforming qualitative data : description, analysis, and interpretation*. (SAGE, Ed.). Sage Publications.

14. APORTACIONES CIENTÍFICAS

14.1 Fernández-Lasquetty Blanc, B., Rizo Baeza, M., & Cortes Castell, E. (2015).

Aproximaciones teóricas a la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional desde la perspectiva enfermera. *Index de Enfermería*, 24(3), 149-153.

ARTÍCULOS ESPECIALES
TEORIZACIONES



Aproximaciones teóricas a la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional

DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA

Blanca FERNÁNDEZ-LASQUETTY BLANC,¹ M^ª Mercedes RIZO BAEZA,² Ernesto CORTES CASTELL³

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Resumen Abstract

Los niños de adopción internacional presentan problemas de salud consecuencia de la exposición a factores de riesgo e institucionalización, que no ofrece las condiciones necesarias para satisfacer sus necesidades. El objetivo del trabajo es sustentar teóricamente la satisfacción de las necesidades de los niños adoptados desde la perspectiva enfermera, tomando como referencia teorías de diferentes disciplinas. Desde el metaparadigma enfermero, la persona es el niño adoptado y su familia, la salud se analiza desde la Teoría de las Necesidades Infantiles de Ochaíta y Espinosa, el entorno desde la Teoría Ecológica del Desarrollo Humano de Bronfenbrenner y el cuidado desde la Teoría de la Necesidades de Henderson.

Palabras clave: Adopción internacional. Satisfacción de necesidades. Cuidados. Aproximaciones teóricas.

THEORETICAL APPROACH TO THE SATISFACTION OF INTERNATIONAL ADOPTION CHILDREN NEEDS FROM THE NURSE'S POINT OF VIEW

The Internationally Adoption children have health problems due to the exposure to risk factors and institutionalization, which does not provide the necessary conditions to satisfy their needs. This work aims to theoretically sustain the satisfaction of adopted children's needs from the nurse's perspective, referring to theories of different disciplines. From the nursing metaparadigm, the adopted child and his family are the persons, health is analyzed from the Ochaíta and Espinosa's Theory of Needs Children's point of view, the environment from the Ecological Theory of Human Development from Bronfenbrenner, and the care is analyzed Theory of Needs Henderson.

Key words: International adoption. Satisfaction needs. Care. Theoretical approach.

INDEX DE ENFERMERÍA/TRICETR TRIMESTRE 2015, VOL. 24, N. 3
149

¹Hospital General La Mancha-Centro, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, España.
²Departamento Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante, España.
³Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad Miguel Hernández, San Juan de Alicante, España

CORRESPONDENCIA: Blanca Fernández-Lasquetty Blanc, Hospital General La Mancha-Centro, Avda. de los Institutos S/N, 13600 Alcázar de San Juan, Ciudad Real, España
blancaf@sescam.jccm.es

Manuscrito recibido el 18.03.2014
Manuscrito aceptado el 21.06.2014
Index Enferm (Gran) 2015; 24(3):149-153

TEORIZACIONES

Introducción

La adopción internacional (AI) es un fenómeno social de gran magnitud, que supone una medida de protección a la infancia y que está demostrando su capacidad para ayudar al desarrollo de estos niños con éxito. En los últimos años ha habido un incremento muy importante en España con un total 48.269 AI en los últimos 14 años, convirtiéndose en el primer país del mundo y reflejando el impacto y la trascendencia que esto puede suponer a todos los niveles.

Los niños adoptados presentan en su mayoría problemas de salud consecuencia de la exposición a potenciales factores de riesgo asociados a las pobres condiciones socio-sanitarias de los países de origen y a su institucionalización, como alteraciones genéticas o perinatales, embarazos no controlados, consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas durante la gestación, niños sin control médico, infecciones, una alimentación deficitaria o falta de estimulación y negligencia con una carencia afectiva desde el nacimiento que les impide crear vínculos afectivos.^{1,2}

En las primeras revisiones médicas, hasta el 23% de los niños llegan a presentar alguna enfermedad y el 47% un retraso en el peso y la talla directamente relacionado con las condiciones de la institución en la que había vivido. Este déficit en el desarrollo físico va ligado a una afectación directa del aspecto psicológico.³ El curso habitual es que pasado un tiempo desde su integración en la familia adoptiva, se vayan produciendo importantes avances hacia la normalidad⁴ de forma más rápida en el desarrollo físico y en menor medida en el intelectual, donde parecen persistir algunas dificultades en un cierto porcentaje de niños. El grado de recuperación de los problemas iniciales se relaciona con la adversidad y la prolongación de las negativas experiencias iniciales.⁵ La falta de identificación e intervención precoz sobre estos problemas y la falta de los cuidados necesarios pueden afectar a la calidad de vida del niño, a su desarrollo físico, emocional e intelectual e incrementar los problemas adaptativos tanto en la familia adoptiva como en su entorno.

La satisfacción de las necesidades de los niños debe ser el eje central del proceso adoptivo, con una visión interdisciplinar, entendiendo que estos niños deben

satisfacer las necesidades básicas de cualquier niño y aquellas específicas por su condición adoptiva.⁶ La AI ha sido estudiada por diferentes disciplinas como la Psicología,^{1,6-13} Neurología y Pediatría,¹⁴⁻¹⁷ Antropología, Sociología, Educación o Trabajo Social. Por parte de la disciplina enfermera son muy escasos los estudios de investigación y el abordaje del fenómeno de la AI.^{2,18-23} Tras la amplia revisión bibliográfica llevada a cabo para este trabajo, el único estudio recuperado en el que se hace referencia a un modelo teórico enfermero,²⁴ propone la Teoría de Cuidado de Swanson (1991) como marco para la ayuda que prestan las enfermeras a las familias después de la AI.

Uno de los problemas de la investigación en AI es que ha sido deliberadamente atórica durante mucho tiempo.^{1,6} El objetivo de este trabajo es sustentar teóricamente la satisfacción de las necesidades de los niños de AI desde la Enfermería, tomando como referencia teorías y aportaciones derivadas de diferentes disciplinas. Todas ellas han sido estudiadas, revisadas y completadas para que puedan constituir el marco teórico de cualquier investigación en este tema y desde esta perspectiva. A partir del marco de referencia de la disciplina enfermera, formado por el metaparadigma: persona, entorno, salud y cuidado, que es el que guía la práctica profesional en todos sus campos y en todos sus niveles de intervención, se analizan las aportaciones teóricas referidas a cada uno de los elementos del metaparadigma en relación a la satisfacción de las necesidades de los niños de AI.

La persona, que para la disciplina enfermera es el receptor de los cuidados, contemplado como ser individual, en familia o comunidad y que incluye aspectos biopsicosociales y espirituales que marcan el enfoque holístico de la disciplina enfermera, lo constituye el niño adoptado, su familia y comunidad. La salud, que para la disciplina enfermera es el estado de bienestar o enfermedad que experimenta la persona o el grupo y es la meta de los cuidados de enfermería, se analiza desde la Teoría de las Necesidades Infantiles de Ochaita y Espinosa.²⁵ El entorno, que hace referencia a las condiciones internas y externas y a las circunstancias e influencias que afectan al desarrollo y la conducta de la persona o de los grupos, se aborda desde la Teoría Ecológica del Desarrollo

Humano de Bronfenbrenner²⁶ y por último, el cuidado, que es el conjunto de actividades, características y atributos del profesional que proporciona el cuidado, fundamentado en el conocimiento científico, se aborda desde la Teoría de las Necesidades Humanas de Virginia Henderson.²⁷

Este trabajo es un valor añadido a la disciplina enfermera, ya que el avance disciplinar tiene que basarse en un marco teórico propio, centrado en la persona y sus necesidades de salud, y este trabajo se centra en la satisfacción de las necesidades de los niños de AI, que como ha quedado refrendado por la literatura tienen importantes carencias en cuanto a sus necesidades.

También se hace relevante ya que hasta ahora no ha sido abordado por otras enfermeras y profundiza en los elementos que configuran el metaparadigma enfermero en relación a la satisfacción de las necesidades de los niños de AI.

Teoría de las Necesidades Infantiles

El estudio riguroso de las necesidades humanas comienza en el siglo XX y desde entonces ha habido diferentes aportaciones teóricas entre las que destaca la teoría del desarrollo de Maslow,²⁸ quien propone una serie de necesidades humanas que son universales y que las organiza de una forma jerárquica. Otra importante aportación teórica fue la construida por Doyal y Gough,²⁹ quienes entienden el concepto de necesidades universales como objetivos y estrategias que en caso de no ser alcanzadas por las personas, comprometen su integración satisfactoria en la sociedad. Ellos defienden que las necesidades universales son dos, salud física y autonomía.

Respecto a la infancia, ha habido algunas aportaciones teóricas centradas en las necesidades universales infantiles, pero es el modelo desarrollado por Ochaita y Espinosa²⁵ el que avanza en la construcción de un marco teórico que sirve de referencia para los estudios empíricos sobre el tema, la Teoría de las Necesidades Infantiles. Su teoría considera al niño como sujeto activo que construye su propio desarrollo y tiende a la autonomía. Comparten con Doyal y Gough que la salud física y la autonomía son las necesidades universales de todos los niños, en todas las etapas de su desarrollo y en todos

TEORIZACIONES

los pueblos y culturas y presentan un catálogo de necesidades secundarias o satisfactores universales más concretos, que son requisitos indispensables para que los niños puedan desarrollarse sanos y de forma autónoma y adaptarse de forma activa a la sociedad.²⁵

La necesidad de autonomía es lo que habitualmente se entiende como necesidades psicológicas y sociales de los niños y es que los niños necesitan satisfacer además de sus necesidades biológicas otras también de carácter psicológico y social, como el afecto, la educación, la relación con los adultos e iguales, etc. Las necesidades de primer orden, salud física y autonomía son constructos teóricos que no necesitan demostración empírica, sin embargo las necesidades secundarias o satisfactores universales si pueden estudiarse de forma empírica y considerarse indicadores para evaluar la satisfacción de las necesidades universales.²⁵ La investigación sobre las necesidades de la infancia tiene un carácter multidisciplinar.³⁰

Una vez que el niño nace, la satisfacción de sus necesidades depende de otros, necesita ser querido y protegido por algún adulto que le proporcione cariño y seguridad. El vínculo que crea con el adulto es lo que le permite estar afectivamente seguro, explorar el resto del mundo y así ir construyendo su autonomía y manifestar su necesidad de interacción y comunicación con las personas.²⁵ Pero los niños que han vivido una situación de desigualdad respecto al resto de la población infantil en general, como los niños de AI que han sido en su mayoría criados en orfanatos en condiciones muy precarias con falta de estimulación, interacción, desamparo, falta de cuidado y cariño y relaciones normalmente cargadas de experiencias negativas, no han tenido las condiciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades y todo lo que esto conlleva. Ellos necesitan unos satisfactores específicos para cubrir las mismas necesidades que el resto de los niños¹⁶ y necesitan con la adopción y la ayuda profesional un entorno protector en cada uno de los sistemas, en la familia, en el colegio y con sus iguales que sean potenciadores de sus competencias y de sus habilidades.²⁵ Al llegar a la familia adoptiva la satisfacción de sus necesidades debe ser especial y adecuada a las carencias que haya sufrido durante su desarrollo.²⁵

Podemos afirmar que la no satisfacción

de las necesidades del niño se considera maltrato,^{25,31} pero para poder decir si un niño ha tenido o no cubiertas sus necesidades y por tanto determinar si el niño ha recibido maltrato, es necesario analizar en profundidad los contextos o sistemas en que se ha desarrollado, así como las relaciones complejas que se producen entre ellos y si han sido capaces de satisfacer sus necesidades, partiendo de la Teoría Ecológica del Desarrollo Humano de Bronfenbrenner.²⁶ Esta misma teoría es la que debe guiar la comprensión del proceso de adaptación del niño en sus nuevos niveles de interacción a partir de la adopción y con ayuda de la enfermera quien puede, junto a otros profesionales, diseñar y desarrollar programas de orientación y apoyo a las familias.

La Teoría Ecológica del Desarrollo Humano

Uri Bronfenbrenner desarrolla una nueva perspectiva para la investigación del desarrollo humano y propone La Teoría Ecológica del Desarrollo Humano (TEDH),²⁶ basada en las relaciones del individuo con varios niveles y sistemas o contextos, los cuales están interrelacionados y afectan a su adaptación en las diferentes fases de la vida. Descompone lo que entendemos como medio ambiente en cuatro sistemas: el macrosistema es el nivel más inmediato en el que se desarrolla la persona, el mesosistema incluye las relaciones de los entornos en los que participa la persona en desarrollo, el exosistema lo constituyen contextos amplios que no incluyen a la persona y el macrosistema incluye los aspectos socioculturales en los que esta vive.

El enfoque de la TEDH ha demostrado ser un marco útil para el diseño de intervenciones en otros problemas complejos como en niños con alteraciones emocionales³² o jóvenes violentos entre otros.³³⁻³⁶ Ramona T. Mercer, enfermera teórica (1929-actual) desarrolló la teoría intermedia *"Adopción del rol maternal-convertirse en madre"*, basada en los sistemas de Bronfenbrenner.³⁷

La comprensión del proceso de adaptación desde una perspectiva de ecología del desarrollo se está convirtiendo en un enfoque indispensable^{6,36,38} que debe ser abordado con urgencia por la investigación sobre adopción internacional.¹ Se

proponen cuatro niveles de interacción que afectan al desarrollo de los niños adoptados y por tanto a la satisfacción de sus necesidades:

1. El microsistema es la familia adoptiva, en la que las influencias entre los padres y los niños afectan tanto a unos como a otros y el apego se concibe como bidireccional. Algunos autores consideran que los profesionales que participan en el proceso de adopción deben intentar que coincidan las fortalezas de la familia con las necesidades del niño.³⁶ Desde esta perspectiva de los sistemas ecológicos, los padres deben recibir formación y apoyo tanto en la pre como en la post adopción para el desarrollo saludable de las relaciones. Las relaciones entre los hermanos y entre los propios padres constituyen otro de los principios de la teoría ecológica.

2. El mesosistema lo constituyen los vínculos entre los contextos en los que el niño participa. Su incorporación en el colegio, el rendimiento académico y las relaciones con los compañeros son fuente de múltiples problemas de conducta, que desde una perspectiva ecológica predice que la calidad de las relaciones entre los padres e hijos afecta a la integración en el colegio y a las relaciones con los compañeros. Estos niños son normalmente aislados en las relaciones escolares, pero los profesores pueden ayudar a minimizar estos problemas y proporcionarles oportunidades en la relación con sus iguales, para lo que necesitan una mayor formación e información sobre la AI y las necesidades de estos niños.

3. El exosistema en este caso está conformado por los servicios sociales a los que los padres tienen que recurrir para el proceso de adopción de forma irremediable. Desde la TEDH se hace especial hincapié en la relación de los padres con todos los profesionales que participan en el proceso de AI y en cómo estas relaciones pueden influir en la relación con el niño adoptado.

4. El macrosistema, la sociedad y la cultura. Esta teoría hace hincapié en el impacto que la sociedad tiene sobre el funcionamiento familiar y como se ven a sí mismos. La estigmatización social de la adopción, desde esta perspectiva, supone una dificultad en la adaptación del menor. La cultura general sobre la paternidad y la adopción influye en las actitudes y el afrontamiento de los padres adoptivos, de

TEORIZACIONES

los profesionales que intervienen en la educación del menor y en la adaptación de estos. Incidir en la cultura de la adopción es por tanto contribuir al bienestar de los niños adoptados y de las familias que adoptan.³⁹

Para Palacios, el microsistema familiar incluye también el colegio y la integración con sus compañeros, el mesosistema la transición del niño de un país a otro, de una cultura a otra, de una institución a una familia y la transición a la filiación adoptiva y el exosistema abarca todos los profesionales que trabajan en cada una de las etapas del proceso de adopción, los cuales desempeñan tareas cruciales en la toma de decisiones.³⁸ El enfoque de la teoría ecológica de los sistemas de Bronfenbrenner podría ser el más procedente para explicar los vínculos entre los diferentes contextos en los que el niño participa y como afectan a su desarrollo y a la satisfacción de sus necesidades a corto y a largo plazo.²⁵

El modelo de Virginia Henderson

Estudiados y analizados en profundidad los modelos enfermeros, consideramos que el modelo conceptual de Virginia Henderson,²⁷ que está incluido dentro de la escuela de necesidades y considerado dentro de la tendencia de suplencia y ayuda, es el modelo que debe guiar la aportación de la profesión enfermera a la satisfacción de las necesidades de los niños de AI.

Para Henderson, la función propia de la enfermera consiste en atender a la persona, enferma o sana, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud, actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. Propuso la comprensión empática, afirmando que "la enfermera debe meterse en la piel de cada uno de sus pacientes a fin de conocer lo que necesita". En la AI se puede decir que cada niño viene de una experiencia única, con una serie de carencias que le han dejado huella y que para repararla, la enfermera tiene que tener esa capacidad de ver todo lo que el niño "lleva en su mochila" y así poder ayudarle a "descargarla". Esa mochila tiene dolor, falta de cuidados, de estimulación, de cariño, de vinculación, una falta de satisfacción de las necesidades del niño. Su cuerpo, su mente y su alma están dañados.

Henderson conceptualiza a la persona como un ser único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales y lo considera junto a su familia como una unidad inseparable. Reconoce en la persona su capacidad de cambio, de afrontamiento y de interrelación con los demás y su entorno. La persona y la familia son agente de sus propios cuidados para alcanzar la independencia en la satisfacción de sus necesidades, implicándoles y responsabilizándoles en la propia gestión de su salud. El entorno lo considera como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de una persona, en la línea de la Teoría ecológica de Bronfenbrenner.

Habla de la salud como sinónimo de independencia, capacidad que posee una persona de satisfacer de manera independiente las 14 necesidades que ella identifica y que deben ser satisfechas para mantener la integridad y promover el desarrollo y en las que se basa la atención de enfermería. Esto no difiere de lo que defiende la Teoría de las Necesidades de Ochaíta y Espinosa, que la salud física y la autonomía son las necesidades universales de todos los niños, sino que Henderson define 14 necesidades que corresponderían a las necesidades secundarias de salud física y autonomía que detallan Ochaíta y Espinosa y que constituirían la base del cuidado enfermero y por tanto su área autónoma. La enfermera asume un rol independiente en los cuidados derivados de las 14 necesidades, en los que la autoridad, el control y la responsabilidad de las acciones y resultados son de la enfermera. Este servicio que ofrece la Enfermería a la sociedad no se lo puede dar ningún otro profesional.

Estas 14 necesidades son elementos integradores de todos los aspectos de la persona, son universales, iguales para todos los seres humanos, pero son específicas al manifestarse y satisfacerse de forma diferente en cada persona, que va en la misma línea exactamente de la Teoría de las Necesidades de Ochaíta y Espinosa. Necesidad para Henderson es sinónimo de requisito, no de carencia, requisito fundamental e indispensable para mantener la armonía de todos los aspectos del ser humano y su satisfacción se ve condicionada por aspectos biopsicosociales y espirituales de la persona, aspectos que se interrelacionan y constituyen la visión

holista de la persona de la disciplina enfermera.

El modelo conceptual de Virginia Henderson ofrece un marco con elementos teóricos de referencia para todas y cada una de las etapas del proceso enfermero,⁴⁰ que la propia Henderson entiende como el método adecuado para la práctica de los cuidados y que en relación a los niños de AI, en la fase de valoración la enfermera trata de identificar el grado de dependencia/independencia en la satisfacción de las 14 necesidades básicas, así como las posibles dificultades para la satisfacción de estas y recoge y organiza los datos en torno a ellas. Los resultados enfermeros planteados buscan la independencia del niño y la familia y las intervenciones enfermeras, según este modelo, están dirigidas a restablecer o conservar la independencia del niño y su familia en la satisfacción de sus necesidades básicas, estableciendo una relación de suplencia, ayuda o compañía según su nivel de dependencia y siempre evaluando la consecución de los resultados con la provisión de cuidados enfermeros.

Conclusiones

La satisfacción de las necesidades de los niños de AI debe ser la piedra angular del proceso adoptivo. La disciplina enfermera se ocupa de los cuidados de la persona y la satisfacción de sus necesidades, lo que legitima su implicación en la atención al niño de AI y su familia.

Implementar el modelo de cuidados de Virginia Henderson en la atención enfermera al niño y su familia significa adoptar una perspectiva disciplinar y profesional. Asumamos que todos los niños tienen las mismas necesidades básicas, aunque la forma de satisfacerlas puede variar en función de las circunstancias del niño, la cultura y el periodo de desarrollo, por lo que requieren diferentes satisfactores.

Adoptando la perspectiva de la Teoría Ecológica de los Sistemas de Bronfenbrenner se pone énfasis en las interacciones entre los diferentes sistemas y contextos de desarrollo del niño, así como en la identificación de recursos y fortalezas existentes en esas relaciones y en cada uno de los sistemas que garantizan la satisfacción de sus necesidades.

El análisis en profundidad de los factores protectores y los factores de riesgo que

TEORIZACIONES

existen en cada uno de los subsistemas en que se encuentra el niño aporta una visión ajustada a la realidad de las necesidades de intervención profesional en los casos en que la satisfacción de las necesidades no sea adecuada.

Bibliografía

- Berástegui A. La adaptación familiar en adopción internacional: un proceso de estrés y afrontamiento. *Anuario de Psicología* 2007; 38(2):209-224.
- McGuinness TM, Dyer JG. International adoption as a natural experiment. *J Pediatr Nurs*. 2006; 21(4):276-88.
- Palacios J, Sánchez Y, León E. La aventura de la adopción internacional. Los datos y sus significados. Barcelona: Fundación Teresa Gallifé, 2007.
- Rutter M. Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. *J Child Psychol Psychiatry*. 1998; 39(4):465-76.
- Rykkje L. Intercountry adoption and nursing care. *Scand J Caring Sci*. Dec. 2007; 21(4):507-514.
- Berástegui A. La adaptación familiar en adopción internacional: una muestra de adoptados mayores de tres años en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid, 2005.
- Palacios J. La adopción internacional: cuando los hijos vienen desde muy lejos. *Revista de Servicios Sociales* 2004; 10:26-29.
- Juffer F, Van Ijzendoorn M. Behavior problems and mental health referrals of international adoptees. *Journal of the American Medical Association* 2005; 293(20):2501-2515.
- Nelson C, Zeanah C, Fox N, Marshall P, Smyke A, Guthrie D. Cognitive Recovery in Socially Deprived Young Children: The Bucharest Early Intervention Project. *Science*. 2007; 318(5858):1937-1940.
- Rutter M, Beckett C, Cistle J, Colvert E, Kreppner J, Motta M, et al. Effects of profound early institutional deprivation: an overview of findings from a UK longitudinal study of Romanian adoptees. *European Journal of Developmental Psychology* 2007; 4(3):332-350.
- Palacios J, Román M, Carnacho C. Growth and development in internationally adopted children: extent and timing of recovery after early adversity. *Child Care Health Dev*. 2011; 37(2):282-8.
- Borobio D. Familia e interculturalidad. Madrid: Universidad Pontificia de Salamanca, 2003.
- Berástegui A. Adopción intercultural: diferencias étnico-culturales en el seno de la familia. En Borobio, Dionasio (coord.). Familia e interculturalidad. Madrid: Universidad Pontificia de Salamanca, 2003. Pp.: 229-249.
- Olivia González G. Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas. *An Esp Pediatr*, 2001; 55:135-140.
- Sonego M, García Pérez J, Pereira Candel J. Problemas de salud de los niños extranjeros adoptados en España. *Med Clin*. 2002; 119:489-491.
- Aranson J. Medical evaluation and infectious considerations on arrival. *Pediatr Ann*, 2000; 29:218-223.
- Martín Fomelós P, García López-Hortelano M, Villota Arrieta J, et al. Niños adoptados: patología importada. *An Pediatr*. 2003; 56(apl 5):8.
- Lobue S, Phillips S, Samanek L. Legal issues in nonrelated infant adoption: nursing implications. *J Soc Pediatr Nurs*. 1997; 2(3):116-24.
- Leary M, Guth KJ, Lewandowski L. International adoption: a primer for pediatric nurses. *Pediatr Nurs*. 1998; 24(6):578-86.
- McGuinness TM, Ryan R, Robinson C. Protective influences of families for children adopted from the former Soviet Union. *J Nurs Scholarsh*. 2005; 37(3):216-21.
- Harfa A, Skandran S, Krosch T, Mestre C, Moco M, Baubet T. Trauma among children and parents within the context of international adoption. *Soins Pediatr Pueric*. 2011; 258:24-8.
- Foli F. Depression in Adoptive Parents: A Model of Understanding Through Grounded Theory. *Western Journal of Nursing Research* 2009; XX(X):1-22.
- Fontenot HB. Transition and adaptation to adoptive motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2007; 36(2):175-182.
- Murphy NL. Facilitating attachment after international adoption. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2009; 34(4):210-5.
- Ochaita E, Espinosa M. Hacia una teoría de las necesidades infantiles y adolescentes. Necesidades y Derechos en el marco de la Convención de Naciones Unidas sobre derechos del niño. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España, 2004.
- Bronfenbrenner U. La ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidós, 1987.
- Henderson V. The nature of nursing. New York: McMillan, 1955.
- Hofman E. Abraham Maslow. Vida y enseñanzas del creador de la psicología humanista. Barcelona: Kairos, 2009.
- Doyal L, Gough I. A theory of human needs. London: Mac Millan, 1992.
- Ochaita E, Agustín S, Espinosa MA. Indicadores de bienestar infantil: la teoría de derechos y necesidades de la infancia como marco teórico y organizativo. En: González Buena, G; Bredos, M; Becedoniz, C. Propuesta de un sistema de indicadores sobre bienestar infantil en España. España: Uniaef, 2010. Pp.: 52-66.
- Espinosa MA, Ochaita E. Necesidades infantiles y adolescentes y maltrato. *Rev PSYKHE*. 2000; 9(2):3-15.
- Anderson JA, Mohr WK. A developmental ecological perspective in systems of care for children with emotional disturbances and their families. *Education and Treatment of Children* 2003; 26:52-74.
- Telleen S, Maher S, Pesce RC. Building community connections for youth to reduce violence. *Psychology in the Schools* 2003; 40:549-563.
- Frias-Armenta M, Lopez-Escobar AE, Diaz-Mendez SG. Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estad. psicol*. 2003; 8(1):15-24.
- Belsky J. Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*. 1980; 35:320-335.
- Schweiger WK, O'Brien M. Special needs adoption: An ecological systems approach. *Family Relations* 2005; 54:512-522.
- Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Mosby, 2008 (6ª ed.).
- Palacios J. The ecology of adoption. En: Miller Wrobel, G; Neil, E. International Advances in Adoption Research for Practice. UK: Wiley Blackwell, 2009. Pp.: 71-94.
- Berástegui A. Adopción internacional: ¿solidaridad con la infancia o reproducción asistida? *Revista de psicología, ciencias de la educación y del deporte*. 2010; 27(1):15-38.
- Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. Barcelona: Masson, 2003 (5ª ed.).

Universidad de Alicante

GRATIS PARA SUSCRIPTORES DE INDEX DE ENFERMERIA



ConectaT

Un programa de formación a distancia para adquirir habilidades de navegación en la Plataforma Ciberindex

14.2 **Fernández-Lasquetty Blanc, B., Rizo Baeza, M., & Cortes Castell, E. Transition to motherhood in adoption: qualitative analysis based on Grounded Theory. En revision para su publicación.**

Title

Transition to motherhood in adoption: a qualitative analysis based on Grounded Theory

Abstract

Objective: To explore and better understand the experience of mothers of internationally adopted children in their transition to motherhood and becoming a mother.

Design: Grounded Theory.

Setting: data were collected in the place chosen by the participants in various locations throughout Spain.

Participants: 10 mothers of 11 internationally adopted children, all of whom were preadolescent minors at the time of the study.

Methods: convenience and avalanche sampling with a tendency toward theoretical and purposeful sampling. We conducted semi-structured interviews, all of which were taped and transcribed, between June, 2014, and July 2015. The basic operations of analysis were the formulation of the questions and the comparison constant.

Results: The transition to motherhood is a 4-phase process, starting with the decision to adopt and ending with the establishment of a maternal identity, defined by the central category “becoming a therapeutic mother.

Conclusion: adoptive mothers need help and support both before and after the actual adoption in order to “become therapeutic mothers” who can fully care for and satisfy the needs of their children. Nurses, responsible for professional caregiving in this situation, should be the ones

accompanying and empowering these mothers in their childcare tasks and promoting their transition to healthy motherhood.

Keywords

International Adoption, Transition to Motherhood, Becoming an Adoptive Mother, Qualitative Methods, Grounded Theory, Nursing Care

Precis

In the transition process of adoptive motherhood, nurses should help and support the new mothers reach the state of “becoming a therapeutic mother.”

Callouts:

1- Study goals

To better understand the transition process involved in adoptive motherhood and the demands of caring for and attending to the needs of internationally adopted children.

2- Main conclusions

Adoptive mothers need help and support from registered nurses for the initial care of their adopted children as well has to facilitate the transition to healthy motherhood.

3- Practical implications

To understand the experience of the transition involved in adoptive motherhood from the experience of the mothers themselves in order to create a new perspective on the clinical care required.

Transition to motherhood in adoption: qualitative analysis based on Grounded Theory

Introduction

For any woman, becoming a mother is an important life event which involves passing from a current, known state to a new, unknown state (Mercer, 2004), a transition that requires moving through a process influenced by factors having to do with the mother, the child, and their surroundings (Bronfenbrenner, *La ecología del desarrollo humano*, 1987) (Palacios, 2009). Due to the demands associated with this process, becoming a mother is possibly one of the most stressful phases of a woman's life (Berástegui, 2005). Women adapt to this vital task of becoming a mother with the help of abilities acquired through their own family experience, considering it something that comes naturally to women and developing toward their child a sense of protectiveness along with affection, interaction and communication, connection, emotional bonding, and empathy. In short, they become mothers.

Today, women who wish to become mothers have various options other than the strictly biological one, including that of adoption, understood to be the capacity to take care of one's children and respond adequately to their needs without a biological connection between mother and child (Salles & Ger, 2011). Nevertheless, some still consider adoption to be a second-class type of motherhood (Golombok, 2006) (Rodríguez-Jáume & Jareño Ruíz, 2015) or less natural and weaker than biological motherhood (Judge, 1999). There are even some who still insist that motherhood is inextricably linked to pregnancy and birth (Kirk, 1964) and that women who have not had these two experiences "can't feel like mothers." Other authors (Berástegui, 2005) maintain that in the case of adoptive mothers, the opportunity to gradually assume the role of mother and especially the role of caregiver is somehow diminished in the absence of pregnancy.

It is clear that, when faced with the demands of a newborn, a mother's instinct leads her to attend to and care for the child, satisfying its needs as a natural response that is also learned and reinforced socially. The case of internationally adopted (IA) children, however, is not the same as they come from a wholly different reality, one that is culturally and socially unknown to their adoptive parents, with responses learned in a context of survival that their new mothers know nothing about and often with a chronological age that does not correspond to their maturity level (Castillo Sepúlveda, 2013). Adoptive mothers thus question their own ability to take on the maternal role, keenly aware that becoming a mother will require a great amount of effort and dedication on their part (Beltrán & Badía, 2014). Nevertheless, despite not having actually conceived their children, they are able to acquire the necessary skills to become responsible mothers.

The process of the transition to motherhood has been studied by various authors. Coming from the discipline of nursing, Rubin (Rubin R. , 1984) (Rubin R. , 1975) introduced the definition of identity in the maternal role and developed a theory in this regard. Later, Ramona Mercer (Mercer R. , 1995) used Rubin's model to develop the Maternal Role Attainment Theory, which was later replaced by the "Becoming a mother" theory (Mercer R. , 2004). Mercer's work showed that the transition to motherhood requires enormous commitment and an active participation which begins before or during pregnancy as the woman prepares herself by looking for information and taking care of the fetus and herself. Nelson (Nelson, 2003) carried out a metasynthesis (amplified interpretation) of the qualitative studies on the transition to motherhood, limited to those carried out in North America and Australia and excluding articles referring to this transition under special circumstances, including that of adoptive motherhood.

In a subsequent literature review, Fontenot (Fontenot, 2007) examined studies dealing with the transition and adjustment to motherhood of adoptive mothers. The aim was to compare

any differences in this process between biological and adoptive mothers as well as to elucidate the implications of these differences for nursing practice.

Our study focusses on the mother as the principal family caregiver from the perspective of the nurse as the principal professional caregiver.

Among the skills acquired by nurses specializing in Obstetrics and Gynecology (BOE, 2009) as well as in Pediatrics (BOE, 2010) are those of promoting the autonomy of the mother in caring for her children, preventing family problems in situations of life-cycle change or crisis, strengthening family unity and the family network, promoting the mother-child bond, assessing the adaptation of the parents to the nuclear family, and carrying out educational programs directed towards birth, maternity, and child-raising (Berlanga Fernández, Pérez Cañaveras, & Vizcaya Moreno, 2012). In Spain, all of this is perfectly integrated into the medical attention given to pregnant women, but none of it occurs in cases of adoption, in which it is equally important and should thus be taken into consideration (Fontenot, 2007). Rubin urges nurses to look beyond the purely physical and pathological aspects of maternity in the process of becoming a mother, identifying areas in which they can best offer help (Rubin, 1967) (Rubin, 1984). Mercer, on the other hand, posits that these mothers must take into account their family, work, and community setting to better understand the important influence these factors have on the process of becoming a mother, mother-child bonding, and the full integration of the child into his or her adoptive family (Mercer, 2004).

Authors such as Fontenot have urged researchers to elucidate a separate transition process for becoming an adoptive mother (Fontenot, 2007) whereas Mercer feels that the process of becoming a mother should be studied from the perspective of adoption in order to develop and refine the theory of the transition to motherhood in general (Mercer, 2004).

Taking all of this into account, the general aim of our study is to explore and better comprehend the experience of mothers who have adopted a child internationally as they

transition to motherhood with the following specific goals: 1. to identify the phases of the transition process and 2. to identify the demands on and resources provided to these mothers as they experience the transition to becoming an adoptive mother. (Callouts 1).

Methods

The study design is based on a qualitative methodology since the aim is to better comprehend a poorly researched and understood topic. We thus found it fitting to learn from the mothers themselves in order to deepen our understanding of the phenomenon as well as to comprehend and reconstruct the meanings associated with this process (Ruiz, 1999) (Morse & Richards, 2002).

The theoretical basis used was that of Symbolic Interaction, which considers the human being as being active in his or her environment, interacting with others and with him or herself in a dynamic manner (Charon, 2007), with the understanding that human beings react to their surroundings based on the meaning that these surroundings have for them (Blume, 1969). The theory is concerned with how individuals construct their own identities and sense of self, making it an appropriate theoretical basis for this type of study.

The methodological framework of Grounded Theory (Strauss & Glaser, 1967), which aims to construct a theory on the basis of the data obtained and their systematic analysis, is basically a back and forth between data collection and analysis (Strauss & Corbin, 2008).

The study area consisted of various locations in Spain where the subjects were living at the time. The study subjects were Spanish mothers of internationally adopted minors who had not yet gone through puberty.

Because asking and sharing experiences with the subjects (Kawulich Barbara, 2005) (Wolcott, 1994) were the main techniques of data collection, we carried out semi-structured interviews with the mothers of IA children while also engaging in participatory observation.

In order to get access to the subjects, we first obtained all the requisite permits from the Collaborating Groups for International Adoption (ECAIs in their Spanish abbreviation), associations of adoptive families, pediatric clinics, and social pediatric units and centers and then had them distribute an introductory letter with a brief explanation of the study to women who wished to participate. Once the mothers contacted the researchers, either by phone or email, to respond to the letter and agree to participate in the study, we set up an appointment to carry out a more in-depth interview, deciding on the date, time, and place with the input of the study subjects. In the first appointment, the participants received an informed consent form to sign along with a more detailed explanation of the study.

The interview had a set list of topics, which were discussed in an open-ended fashion to collect detailed information from the mothers' perspectives (Lofland & Lofland, 1984) with regard to the transition to motherhood, the process of becoming a mother, their experiences, the intentionality of their actions, their ideas from their own perspective, and their emotional contexts, as well as the demands put on them and the resources available to help them get through this complex process. There was a noticeable difference depending on the analysis and the necessity to focus.

Once the first informants had been identified through convenience sampling of volunteers who had responded to the introductory letter, we used the "snow ball" technique to identify more possible participants. Each interview yielded new participants who were encouraged to participate by previous subjects who had had a good experience with the interview. The trend was towards theoretical, deliberate sampling according not only to the necessary information arising from the data analysis, which was being carried out concurrently with the data collection, but also to the theory that began to emerge (Strauss & Corbin, 2002).

Sampling continued until the development of the categories was sufficiently robust and the relationships between the categories had been established and validated (Strauss &

Corbin, 2002) (Mayan, 2001). Each interview lasted approximately 90 minutes; all interviews were taped and subsequently transcribed in full to lend reliability since nothing was left to memory. Ten interviews were carried out between June, 2014 and July, 2015 (Table 1). This number was sufficient for understanding the phenomenon under study and elucidating the main categories (Swanson, 1986) once data saturation had been reached. In all these encounters, the researchers, from their position of being able to understand the study phenomenon, adopted a close attitude with the mothers in order to create a familiar, trusting atmosphere as well as showing empathy and gratitude towards the families at all times.

Another data source consisted of the researcher's active observations in the Social Pediatrics Service of the Niño Jesús University Children's Hospital in Madrid, unique in Spain and specializing in IA, as well as in the first informational meetings of parents seeking to be candidates for IA in the Health and Social Welfare Delegations of various Spanish cities. We also obtained data from people close to the participating mothers (Morse, 2001).

Data analysis was performed throughout the entire research process as the data were being collected (Taylor & Bogdan, 1987), evolving along with the study itself and using as basic operations the formulation of the questions and constant comparison (Strauss & Corbin, 2002). The analytical methodology was based on a classification process divided into three phases: open classification, axial classification, and selective classification, a method that contributes to the development of a theory grounded in the data (Glaser & Strauss, 1967) (Strauss & Corbin, 1998) (Strauss A. , 1987) . In parallel with the classification process, a literature search was performed to facilitate the process of editing analytic reflections or memos (Glaser & Strauss, 1967) (Strauss & Corbin, 1998), collecting thoughts, questions, interpretations, reflections, etc. as a source of information and reflective tool.

The theoretical sensitivity was maintained throughout the research process to generate a theory grounded in the data rather than based on preconceptions or existing theories (Vivar, Arantzamendi, López-Dicastillo, & Gordo Luis, 2010).

Data management was carried out with the aid of the Nvivo 10 computer program.

With regard to ethical considerations, the research protocol was approved on September 6, 2012, by the Clinical Research Ethics Committee (CEIC in its Spanish initials) of the La Mancha-Centro General Hospital in Alcázar de San Juan, in the province of Ciudad Real, Spain. Participation in the study was voluntary and all subjects signed an informed consent form designed for this purpose. The concept of consent was explained to all participants both orally and in writing. The taping of the interviews was done with the prior understanding and consent of the mothers. The confidentiality of the data and of the participants was guaranteed at all times, blinding the identity of the participants and making sure that no data appeared anywhere that would reveal the participants' identities.

The interviews were based on a relationship of mutual confidence, in which we respected the right of the mothers not to discuss certain topics or not to respond to certain questions and in which we were constantly concerned with their well-being and their ability to end the interview if they so wished, although none of these instances occurred during our interviews.

All interviews were carried out in locations chosen by the mothers with total discretion and respecting their privacy at all times. We emphasized that the researcher had no personal interest in the matter nor any ties to IA organizations, ECAIS, or Social Services, among others.

As a validity criterion, we gave the final study to three of the participating mothers. All of them identified with the experiences represented therein and considered the study to be representative.

Results

Comparative analysis of the data allowed us to uncover the underlying meanings of the experience of transitioning to motherhood and becoming an adoptive mother of an IA child. The process consisted of a series of successive phases, with each exercising an effect on the next and which progressed from planning to adopt to the establishment of a maternal identity. This process, from the mothers' experiences, was defined by the central category: "Becoming a therapeutic mother," that is, a mother who must learn to ease the pain borne by her child, pain caused by experiences such as abandonment, institutionalization, or abuse.

Below, we will explore each one of the phases of this process, which were defined as 1. The first commitment to motherhood, 2. I need to have my child with me, 3. Our new reality, and 4. I want my child to be happy. We will attempt to identify and understand how certain factors and life situations influence the process of becoming a mother and identify the resources that either help or hinder this process along with the unmet needs of these mothers (Figure 1).

1. "The first commitment to motherhood"

The process of transitioning to motherhood and becoming a mother of a child from another country (international adoption or IA) begins when a woman decides not to pursue biological motherhood, choosing instead to become a mother to a child, usually abandoned, with no family in his or her country of birth who can take care of him or her and who, like all children, needs parents who love him, take care of him, satisfy his needs, and help him to grow up happy. This decision is generally the consequence of the impossibility of having biological children due to fertility problems, although many families consider IA as a first option. In both cases, this decision marks the starting point of a long journey which, unlike biological motherhood, can take an undetermined amount of time and in which all the initial

decisions affect the future of the child and his or her family. This is the **first commitment to motherhood**.

1.1 “*No strength to keep trying*”

This refers to the exhaustion suffered by women whose first option is to have a biological child and, after trying multiple fertility treatments, continue to feel pressure from family and society for not being able to become a mother after facing many barriers in the system. Added to this is a sensation of vulnerability, sadness, lack of self-esteem, and insecurity. *“They gave me six in vitro fertilizations and imagine how I was, shooting up hormones like crazy. They told me that if I kept trying, they’d have to hospitalize me because it was affecting everything; it was attacking my kidneys, my liver, everything, everything” (01).*

Along with the physical damage these women suffer comes the emotional damage. When all the possibilities of becoming biological mothers are exhausted and at an especially difficult juncture in their lives, these women show a remarkable resilience, developing the ability to face adversity and overcome pain to make a decision to move forward in spite of everything and to look for new ways to become mothers. Their resilience leads them on to their goals -- they focus on achieving them, they make a great effort to reach them, and they adapt to meet the requirements for achieving them. Although they need a period of time to deal with the mourning process and to accept reality, they remain hopeful and find new energy to move towards their goal and their **commitment to motherhood**. After feeling that all doors have been closed to them, the possibility of adopting a child is a liberation of sorts; they can stop all the treatments that have done them so much harm and they can focus their efforts on being a mother to a child, even though they must forego the unique experience of pregnancy and birth. *“Then one day I made a decision and told my husband. Look, I couldn’t continue on that way, I mean, well, I had totally stopped thinking about it, it affected me in such a way that I said, well, we should separate and you can find someone else and that’s it. All I did was*

cry and cry; that's the only thing I could do. So, we talked about it on May 15 and on May 16 we were at the Social Center to get information about adopting a child" (03).

1.2 "Seeking the well-being of the child"

One characteristic of this phase as a whole is the constant decision-making that marks the life and care of their children and the future of their new family. These decisions include which country would be the most appropriate to adopt from, not only due to the transparency of the process, but also because of the characteristics that will make the child feel different, as well as the culture of the country in question and how the child will identify with it, or the difficulties the child may have in the future if he or she wishes to find out more about their biological origins. They also include the bureaucratic process, how long the parents must spend in the country before being granted custody of the child, the speed of the adoption process, and the ages and conditions of the children put up for adoption, especially knowing that both the length of time the child may have lived in an institution and the child's age have a relevant, negative effect on his or her health, adaptation, integration, development, and being able to meet the child's needs. *"Well, look, we have travelled a lot and the truth is that Nepal and India impressed us, so we started the adoption process in Nepal, but when we were about to do it, the country closed down the process, so as an option that was most similar and a city we loved, it seemed that we might be able to find our little sweetheart in India" (08).*

In many cases, the future parents must decide which type of problem they are willing to deal with, for example, children with organic pathologies, malformations, or some type of disability. This decision is enormously complicated and transcendent for the adoptive families.

This complexity and a lack of support often keeps these parents from making decisions with sufficient information or without fully understanding the future implications of how it may affect the child or their family and ask themselves if they are truly the parents this child needs.

Behind all these decisions is a deep respect for the child and the need to guarantee his or her welfare. These are not frivolous decisions nor are they influenced by an idealized view of the perfect child. Rather, they must be approached from a realistic position about the future and with the knowledge that the lives of children given up for international adoption have not been easy and that their experiences have irremediably left wounds that the parents must help heal, thus assuming in this fashion the **Commitment to motherhood** and understanding that each child needs the best possible parents.

1.3 “Someone who doesn’t know me decides on my motherhood”

The last stages of this phase are marked by the decision to “grant” the ideal status of parents on these individuals. After a series of informational talks, interviews, tests, and evaluations, a team of psychologists and social workers decide whether a couple is ready to adopt a child. *“I mean I’m telling them something and they insist again and again. Why do they toy with us so much? It’s stressful to have two people who don’t know you say yes or no”* (09). In reality, it is the only form of motherhood in which others who are removed from the prospective parents are those who get to judge and decide a woman’s ability to be a mother; they hold the key to her motherhood. For this reason, the prospective mothers have to let them into their lives, their world, their intimacy. The women feel that they must bare themselves in front of strangers and show the most intimate parts of their lives, the things that are so idiosyncratic, they are unique to them. They know that even if it does not conform to their reality, they must use the language learned in the preadoption classes; otherwise it will work against them. These prospective mothers allow the psychological team to ask and do anything in order to reach their goal, even though it hurts them, or it is not in accordance with their principles, or they feel that their intimacy is being violated. Their sense of responsibility and their **Commitment to motherhood** obliges them to do so.

2. “I need to have you with me”

Once the decision has been made and the mothers have been granted ideal status, the road to adoption continues and with it the **transition to motherhood and becoming a mother**. “**I need to have you with me**” refers to the undetermined waiting period in which each day that passes is “*lost time*,” time without her child at home and a longer period of institutionalization for the child. This is a period in which the mother feels an intense desire to be with her child and in which she needs to have news of the child along with guidance, understanding, and someone willing to listen and show enormous empathy.

2.1 “An obstacle course”

What awaits these mothers is a real obstacle course due to the administrative and bureaucratic red-tape that they have to deal with, both in the child’s country of origin and within the adoptive mother’s family: social and family pressure, lack of information, complicated pieces of information that need to be assessed. The obstacles faced by these mothers give rise to contradictory emotions. First, they feel happy because their desire to become mothers has finally found a way to be realized, but also sadness due to the problems that arise. They feel a surge of strength to continue on this path, but also worn out due to the constant effort; they feel stressed from the many difficulties of the adoption process, but also serene because they are already on the path to motherhood. They feel like they are competing in a race full of difficulties that test their endurance and their strength to fight for what they want, a race in which both the mind and body are tested to the limit, but they must reach the finish line with more or less strength and continue to fight to reach their goal because **I need to have you with me**. *“The paperwork started and, well, we were highly aware because we knew that it was something that takes a long time; I had looked at a lot of forums and I had studied the country a lot, and when you start to fill out all the forms you begin to get a bit worn out, like when you go to the tax authorities and they haven’t got a clue what you’re asking, like when*

this one has no clue about that, like when you have to get one piece of paper and it takes three months and then you go to the notary and then you need to go to seven notaries and then the professional organization of notaries, and then, fine, at the end they tell you you need one more paper, come on! We started with papers, and papers, and more papers...” (08).

It is a race against time in which each day that passes is one day more without the child, one day more of institutionalization, one day older, one day that they have not been able to spend together. This feels like a great loss because **I need to have you with me.** “*My son had the misfortune of arriving two years late*” (08).

The wait continues until all the problems get solved, with the parents waiting for the process to move along and especially for news of the child: “*we go through the day like junkies, looking at the online forum*” (90). They need help breaking away so that they can continue living with this permanent anxiety without suffering so much and without the process leaving an indelible mark on them. However, they do not find this support in the ECAIs nor in the administration; support groups made up of others in the same circumstance are their greatest comfort. They feel that only those who are going through the same experience will actively listen and understand with tolerance and without judgement; moreover, “*they’re always there*” to motivate, share, and offer encouragement. It is these women who are experts in the field, they share experiences, language, and it is they who give these mothers a sense of security on a path full of uncertainties and insecurities. “*We were chatting all day on Whatsapp, all day; we were insufferable. With them, since you knew they were going through the same things as you, it was really gratifying that each time you fell down, someone was always there to pick you up in the way that you needed to be picked up.*” (08).

2.2 “I feel connected to him”

Perhaps the greatest and most emotional moment of this long process is the preassignment announcement, the long awaited call that says, “*Are you sitting down? Well, you’ve been*

assigned a child and we have his picture, which I'll send to you right now." Seeing the child's face, seeing that he's been born and has grown, that he has a name, that this child is going to be your son or daughter, all of this is like reaching the top of the first big hill on a roller coaster. It is when the mother can stop imagining and start seeing and it feels like a small respite on a hard climb. Now, even more than before, **I need you with me.** *"They gave us an ID-sized photograph in black and white; it was a photocopy and you couldn't see anything, and I said, 'oh, momma, how beautiful! (Laughter). When you know what he's like..., well, I guess it's like when you women see the first ultrasound photos"* (10). Not only do these mothers need to see their child's face, they want to feel him, touch him, they want to form some sort of connection with him and they begin creating this special bond of love, affection, sensitivity, protection. *"I put the photo under my pillow (she cries emotionally), I put my hand like this and it felt like he was with me"* (05). *"It's curious because you even dream of him; you don't know him at all, but you keep dreaming even though it's ethereal, but you speak with him"* (08).

3. "Our new reality"

The trip to the child's country of origin, picking up the child, and returning home constitute the beginning of a new life. But the child is not an empty book, his history is already written and it cannot be erased. There are pages in the child's biography that cannot be torn out and it is now the job of his parents to help the child write new chapters in his new reality, **Our new reality.**

3.1 "So many contradictions"

This refers to these first steps taken together, experiences for which the new mothers are full of ambivalence and contradictions. Happiness is mixed with sadness, joy with rejection, the need for serenity with an enormous amount of excitement, becoming more open with the need

for protection. This is **Our new reality** in which the family must fit all the pieces together and make numerous adjustments in order to begin this new life together and, above all, accept and respect the child's behavior, reactions, and complaints because he needs to express openly his pain, his rage, all these negative experiences that he carries with him. It is a new and difficult phase.

The joy of the much awaited meeting with the child, being able to kiss her, hug her, and bring her to her new home, is mixed for these new mothers with the intense sadness of seeing how many other children are left to languish in the orphanages. It is impossible to make them all happy, only her child will get to live in a new reality, **Our new reality**. The happiness at taking her away from a miserable life is mixed with the pain of separating her from her world, the small corner of the world that is hers. The adoptive mother feels the pain of tearing the child away, of committing a violent act, and it makes her wonder about the legitimacy of her actions, about whether her desire to be a mother truly justifies the pain of tearing the child away from his world and the consequences that this new reality, so different from his own and one in which he is different, may have for him. These mothers suffer for what their child may suffer. *“(Speaking about the moment the child was handed over). It was a marvelous moment. I don't know if you can compare it to when a mother gives birth, but for me it wasn't the moment [that moved me most], no, for me the moment when I really felt that this story that ended in India and started in my home was real, that made me feel guilty about many things and made me the happiest woman in the world, even to this very day, for being a mother, it was the moment we took her out of there, the moment they gave her to us” (10).* All the plans that these women make as mothers, all the difficult experiences that make them suffer for their children, all of these things point to the true maternal love that always wants the best for the child. The return home with the child is full of excitement; everyone wants to see the child and the new parents need to feel the experience of being a family in the eyes of the rest of

society. Still, they also need their privacy and space to form affective bonds and to protect the child from surroundings that are completely foreign to him and which lead him to react unpredictably. In this situation the mother must understand and, most importantly, accept the child, because motherhood is acceptance.

“We wanted his introduction into this life to happen little by little, you know? That it would be his life, but of course we saw him suffering and having a hard time and we suffered seeing him suffer” (07).

The joy and happiness at being home together is somewhat clouded by the sadness that the child sometimes experiences because she misses her old life or she remembers her friends and asks to see them. This is logical when the child has spent several years of her life in an orphanage or with a foster-care family. Sometimes the child asks why she has been abandoned if all mothers love their children. Their adoptive mothers want them to talk, to express their pain and exteriorize their feelings, but at the same time they feel an immense sense of sadness of all the suffering their children have experienced in the past.

It is difficult to share experiences when sometimes mother and child do not speak the same language, when they come from different cultures with different customs and different educations, and when they are truly two strangers who must first get to know each other. It is even harder to get to know a child with a prior history that has already been written than it is to understand a newborn with a *tabula rasa*. But this is **Our new reality**.

3.2 “Both of us are trying the best we can”

Starting down a new path together requires that both mother and child do their part and work out a model of common understanding.

The woman’s commitment to being a mother makes her want to share the child’s burden. They can carry it between the two of them and together they can try to empty it of all the painful experiences, leaving only those memories the child needs that are part of his history,

his past, his private world. Now they must start sharing pleasant, new experiences that dilute in part what he has experienced up to now, because it is impossible to erase it all. Thus, they begin to build **Our new reality**. *“Yes, yes, we talk a lot about the orphanage, when I say ‘a lot’, I mean enough so that for him he understands that what he experienced is important to us but without suffocating him so that he doesn’t burn out, because you don’t know what he’s carrying around inside, do you?” (08).*

Mother and child try to do as best they can, with the mother attempting to create the bond that she had no chance to create during pregnancy and birth. Still, she knows she will be able to do it little by little, with patience, affection, and unconditional love, and because she knows that the child will begin to feel happy when he feels safe, loved, and cared for. *“He didn’t let me get close to him or touch him, only when Dad wasn’t there and he didn’t have any other choice. Well, you feel like you have to do three times as much, which you understand because they explained to you what could happen and that this is normal, but still...” (06).* The child, fearing yet another abandonment, has to demonstrate that he is good enough so that he will not be left again. Starting this new life involves an important change in the lives which the mothers have led up to now: new routines, a reorganization of the household, new chores, new relationships, new priorities, **Our new reality**. *“I, too, had to change my work plans, let’s see, I mean it’s clear that when there’s a new priority, everything has to change” (05)* and the mothers make all the necessary changes, continuing on in their process of becoming a mother, because being a mother means growing, evolving, changing.

4. “I want my child to be happy”

After the first few days, the process continues and the child begins to open up the baggage he carries with him and to unpack it little by little because he now has a place to sit down and rest, a place where he feels cared for. He understands that he can start to unload the burden that he has had to carry all this time. Sharing this weight with his mother during this time

gives him the strength to unpack even more of his bad experiences and the pain he has had to bear.

The road will continue to have rough spots, but the mother-child bond will become greater and greater and their relationship will be more and more stable. In this way, with time, the children will be able to open themselves up to the outside world and normalize their lives, showing the rest of society what they are, part of a nuclear family, but one that is visibly marked by adoption forever.

4.1 “**This is my child**”

This refers to the mother’s unconditional acceptance of the child; she accepts him exactly as she is, with her faults and virtues, abilities and difficulties. Being together lets them clearly see that **This is my child** and that time brought them together because it was meant to be. Just as biological mothers love their children as they are, adoptive mothers love their children in exactly the same way. Because this was the child they were meant to have. *“It’s like this is how things had to be and in the end you realize that things happen for a reason, because this is my daughter and she’s the one that had to come (laughing) and that’s it, there isn’t any more, and then you realize that when you were thinking about it day and night, making yourself crazy, she wasn’t even born yet” (03).*

Accepting the child unconditionally means showing her true love, respecting her not only as a human being, but also because she is an important part of her new family. *“I have always loved my daughter just as she is, as my daughter” (03).* These mothers do not try to turn the child into the perfect son or daughter, rather, they want the child to reach his or her full potential. Above all, **I want my child to be happy.**

This entails identifying the child’s intellectual and social nature so that she can be both accepted and respected. The child is who she is, marked by a past that also marks her future in surroundings that are different from those she should have grown up in. *“I don’t feel that my*

child has to be an engineer, but I want her to be happy” (02). These mothers are convinced that they love their children in exactly the same way as other mothers love their children, because *“love isn’t in the blood” (02).* They feel that *“adopted children are children of the heart” (03)* and this is the profound relationship that binds them together.

4.2 “Your mother will always be here for you”

This refers to the commitment that a mother makes to her child when she becomes a mother, the promise to help her child throughout life, to stand with him to face whatever happens together, knowing that her child’s life is going to be different.

Their racial differences expose them publicly, both the mothers who have made the decision to adopt an IA child and the children in their condition of adopted children. This seems to legitimize all manner of comments from outsiders. The mothers are questioned and reproached for their decisions, their commitment to motherhood, and their child-raising style, all without any sense of shame on the part of the commentators, prompting the mothers to say things like, *“It has been a very intense motherhood, more complicated, not because of them, but rather because they don’t understand us” (02).* For this reason, these mothers begin to limit their social circles, looking for a comfort zone for their children and a place where their competence as a mother is not being constantly questioned. The child is subjected to all manner of judgements and comments based solely on the child’s origins. Not only must the mother put up with this, she must also try to give her child the tools to accept these comments and not be overly affected by them because she is committed to her role as a mother. *“I told her, sweetheart, Mommy’s chubby and Daddy’s short, I’m white and you’re black and they’re probably going to tell you that a lot and you have to understand and get used to them saying it because you are different from the rest of them” (10).*

Adoptive mothers generally feel that it is the child who contributes the most to the mother-child relationship. *“Oh, and how many people have told me, ‘My, how lucky your child is!’*

but really, I'm the one who has been so lucky to have him!" (08). Although for those outside the relationship "[we've] done a huge act of charity" (5), in reality, these mothers feel privileged for having been able to become mothers and are extremely grateful to their children for being with them and making them happy. "Our son accepted us from the first minute as if we were his parents; I feel so happy..." (08). Towards the biological mother they also express a profound sense of gratitude because due to the tragedy of the child's abandonment, they have had the possibility of being happy as adoptive mothers. "I think that it's something that as the mother that I feel I am now, I think of her a lot, generally positively. I'd like to know who his mother is and to see her face... And I think of how much she must think of him. And the other day I was thinking about her and I wanted her to know that he was alright; it was like sending her energy with the knowledge that her child was alright" (08).

The mothers know that the child needs to reconstruct his history and they are the ones who can provide most of the pieces of the puzzle of his life up to the time of the adoption because the adopted child cannot erase his past; to the contrary, he needs to know it, reconstruct it, assume and accept it, and his mother is the person who can help him do all this. **Your mother is always here for you.** "So we told him, you know that when you're older, if you want to go, you can go; we love you and whenever you want to come back, we will be here" (07).

Knowing that she is adopted prompts the child to ask many questions with no easy answers and to have many wishes that are difficult to fulfill. It is the mother who will help the child understand and accept this situation and throughout this challenging process, **Your mother will always be here for you.** "She went through one phase when she said...because she can speak... And she said, 'Do you know what I wish?' And I said, 'What?' (Laughing). 'That a fairy would come and make me blonde like you', that is, her..." (03).

During this phase, the mother feels wholly a mother, but clearly, mothers with IA children mold their role to the needs of the child according to the child's developmental stage and his

adaptation to his new life. Simultaneously, these mothers adapt to their new role as mothers, also thinking about the future. *Yes, yes, of course he has adapted, I just think that this process never ends. Even if the child is wonderful, he's going to develop more slowly for sure and he'll have his bad times, not like a kid from here, but because of having been adopted. I keep reading and trying to do everything so that he can be happy" (07).*

Discussion and Conclusions

In light of this study, we were able to understand that for mothers of IA children, the transition to motherhood and becoming a mother is an *emotionally charged* experience, full of *uncertainty, ambivalence, and difficulties*, which the mothers experience with *extreme intensity, in a very special way*, and that *they are happy in their roles as mothers*.

We were able to comprehend how these adoptive mothers feel as much a mother as their biological counterparts and that although they have not been through the experiences of pregnancy and childbirth, they have had other experiences that help them feel and act like mothers. This is how they express themselves and show themselves through their discourse. Their transition to motherhood is a process that gradually allows them to become a mother, feeling and acting like mothers just like their biological counterparts, but with specific characteristics. Furthermore, the adoptive mother is the principal caregiver for the child and although she has not carried the child through pregnancy, her caregiving function begins the minute she decides on adoption as a path to motherhood.

Mercer (Mercer R. , 2004) has identified 4 phases in the transition to motherhood up to the point of becoming a biological mother, beginning with pregnancy. Our study allowed us to identify the various phases of this transition process for adoptive mothers, which, taken from the experiences of the mothers themselves, begins with deciding to adopt a child as a means to becoming a mother since they inevitably start this process by having to make decisions that

will have a decisive influence on the development and adaptation of both the child and the mother herself.

The consequences of the experiences of abandonment and abuse that these children have suffered during their institutionalization depends not only on the characteristics of the child and his surroundings during this time, but also on his adoptive family and his surroundings in his new life, which bolsters the idea that the development of adopted children depends on the available resources in the postadoption period (Grau & Mora, 2010).

The experiences of the mothers in our study allowed us to confirm their need for help and support in both the preadoption and postadoption periods. This not only includes support in making decisions, assessment and evaluation, help in improving their self-confidence and self-esteem, help in lessening their anxiety and fomenting their resilience, and help in overcoming the pain of not being able to become biological mothers and in adapting themselves, but also assistance in making adjustments to their families, information about developmental care, parental education, learning about how to help the child develop, intervention in crisis situations, behavior management, how to increase the child's socialization potential, how to be a role model, and how to create a mother-child bond, among others. (Callouts 2).

There were basically three resources used by these mothers in their transition to motherhood which they found genuinely helpful: peer contact, that is, contact with mothers going through the same experience with whom they could relate; family support, mostly once the child is already with his or her new family; and the use of new technologies, which gave these mothers access to information or permanent contact.

Practical implications

This study provides a new perspective on childcare, using adoptive mothers' own experiences to shed light on their transition to motherhood in order to develop and implement family support programs as well as to determine which professional caregivers are best equipped to do this and to design strategies for improvement (Callouts 3).

If, as the mothers themselves indicated, these women have to become therapeutic mothers adept at childcare and meeting the needs of their children, we feel that the nursing staff, as professional caregivers, should accompany the mothers throughout this transition to motherhood in order to enable them to care for their children. This is especially true for mothers of IA children, who require special attention to meet their specific needs. We strongly feel that with the help of professional caregivers, these mothers can provide a protective environment that enhances their children's strengths and abilities. Of course, meeting the needs of these children in their new families must be tailored to each child's specific experiences and the unmet needs the child had during his early development (Fernandez-Lasquetty, Rizo, & Cortes, 2015).

The nursing care offered to adoptive mothers must be proactive, in contrast to the professional help they usually receive, which tends to be reactive care given when the the child and its mother have developed a specific problem.

Accompanying these mothers in both the preadoption and postadoption period could be a way to lessen the sense of isolation, conflict, insecurity, and uncertainty these women often feel. Primary care nurses specialized in pediatrics, obstetrics, and gynecology would be the ideal professionals for this work to provide attention to adoptive mothers throughout their transition to motherhood, emphasizing care based on therapeutic communication, willingness to help, and empathy (Mercer R. , 2006), and free of all prejudice to ensure a healthy transition to motherhood for these women.

Bibliography

- Beltrán, M., & Badía, V. (2014). El tiempo de espera en la adopción: ¿tiempo de riesgo o de formación para la prevención para las familias? *Revista de psicología, ciencias de la educación y del deporte*, 32(2), 65-75.
- Berástegui, A. (2005). *La adaptación familiar en adopción internacional: Una muestra de adoptados mayores de tres años en la comunidad de Madrid*. Madrid: Consejo Económico y Social. Comunidad de Madrid.
- Berlanga Fernández, S., Pérez Cañaveras, R., & Vizcaya Moreno, M. (jul-sep de 2012). Aplicación práctica de los modelos de Mercer y Beck en las especialidades de enfermería. *Evidentia*. 2012 jul-sep; 9(39), 9(39).
- Blume, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.
- BOE. (28 de Mayo de 2009). Boletín Oficial del Estado. *Orden SAS/1349/2009*.
- BOE. (29 de 06 de 2010). Orden SAS/1730/2010 de 17 de junio. *Boletín Oficial del Estado*(157).
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona : Paidós.
- Castillo Sepúlveda, L. (2013). *Narrativas de paternidad/maternidad, familia y crianza en padres y madres adoptivos/as*. Santiago de Chile: Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Psicología.
- Charon, J. (2007). *Symbolic interacionism: an introduction, an interpretation, an integration* (9th. ed. ed.). Englewood Cliffs (NJ):: Prentice Hall.

- Fernandez-Lasquetty, B., Rizo, M., & Cortes, H. (2015). Aproximaciones teóricas a la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional. *Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, 24(3), 149-153.
- Fontenot, H. (March-April de 2007). Transition and Adaptation to Adoptive Motherhood. (36, Ed.) *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(2), 175–182.
- Glaser, & Strauss. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Nueva York: Aldine.
- Golombok, S. (2006). *Modelos de familias ¿Qué es lo que de verdad cuenta?* Barcelona : Graó.
- Grau, E., & Mora, R. (Abril de 2010). Entornos terapéuticos en postadopción. *Información Psicológica*(8), 4-11.
- Judge, S. (1999). Eastern European adoptions. Current Status and Implications for Intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19(4), 244-253.
- Kawulich Barbara, B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6(2. Art. 43.).
- Kirk, D. (1964). *Shared fate: A theory of adoption and mental health*. New York : The Free Press of Glencoe.
- Lofland, H., & Lofland, L. (1984). *Analyzing Social Settings*. Belmont, California: Wadsworth.
- Mayan, M. J. (2001). Una introducción a los métodos cualitativos: modulo de entrenamiento para estudiantes y profesores. *Qual Institute Press*.
- Mercer, R. (1995). *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present*. . New York: Springer.

- Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232.
- Mercer, R. (2006). Nursing Support of the Process of Becoming a Mother. *JOGNN*, 35(5), 649-651.
- Morse, J. (2001). Using shadowed data. *Qualitative Health Research*, 11, 291-292.
- Morse, J., & Richards, J. (2002). *Read me first for a user's guide to qualitative methods*. . Thousand Oaks: Sage.
- Nelson, A. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32, 465 - 477.
- Palacios, J. (2009). The ecology of adoption. En G. Miller Wrobel, & E. Neil, *International Advances in Adoption Research for Practice*. UK: Wiley Blackwel.
- Rodríguez-Jáume, M., & Jareño Ruíz, D. (2015). Estigma social y adopción internacional en España. ¿Es la familia adoptiva un modelo familiar menos "auténtico" que los basados en las dos biológicos? *Papers*, 100(2), 211-236.
- Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role. Part 1. *Processes Nursing Research*, 16, 237-245.
- Rubin, R. (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Maternal-Child Nursing Journal*, 4, 143-153.
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer.
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer.
- Ruiz, I. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Salles, C., & Ger, S. (2011). Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación. *Educación Social*(49), 25-47.
- Strauss, & Glaser. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Nueva York: Aldine.

- Strauss, A. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research*. Thousand Oaks: SAGE.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada* (2nd. ed ed.). Porto Alegre (RS): Artmed.
- Swanson, J. M. (1986). The formal qualitative interview for grounded theory. En C. & Swanson, *From practice to grounded theory : Qualitative research in nursing*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Vivar, C. G., Arantzamendi, M., López-Dicastillo, O., & Gordo Luis, C. (2010). La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Rev Index Enferm*, 19(4), 283-288.
- Wolcott, H. (1994). *Transforming Qualitative Data. Description, Analysis and Interpretation in Qualitative Inquiry*. SAGE: Thousand Oaks.

14.4 Fernández-Lasquetty Blanc, B. (2017). La Adopción Internacional. Nuevas demandas de salud, nuevos retos para enfermería. Rev. New Medical Economics. Num.47:18-19



Enfermería

La adopción internacional. Nuevas demandas de salud, nuevos retos para enfermería

BLANCA FERNÁNDEZ-LASQUETTY BLANC



Como afirma la Dra. Berástegui, la adopción internacional (AI) es una medida subsidiaria de protección a la infancia, para aquellos niños que no pueden encontrar una familia en sus países de origen y que también tienen derecho a ser queridos, cuidados y educados por unos padres, sin que su origen sea un obstáculo para ello y que está demostrando su capacidad para ayudar al desarrollo de estos niños con éxito. El centro de la adopción es y debe ser el niño y su supremo interés.

Socialmente se trata de un fenómeno relevante, al ascender a más de 53.000 las adopciones en el periodo 1997-2015, que han llevado a España a convertirse en el primer país del mundo en número relativo de adopciones, lo que refleja el impacto y la trascendencia que esto puede suponer a todos los niveles, al tratarse de un grupo especialmente vulnerable.

Las consecuencias derivadas de las pobres condiciones sociosanitarias de los países de

origen y la institucionalización de estos niños tras su nacimiento, son motivo de problemas de salud, no solo físicos. Los niños adoptados, en su mayoría abandonados, han sufrido desde el nacimiento privaciones, maltrato o negligencias, que les dejan secuelas físicas, mentales y emocionales.

La prevalencia de los problemas de salud de los niños procedentes a AI es mayor que en el resto de la población infantil, predominando los trastornos del desarrollo madurativo, el desarrollo del lenguaje, desarrollo cognitivo, socio-emocional y global y se asocian directamente con la edad en la que el niño es adoptado, el mayor tiempo de internamiento en la institución y la calidad de esta.

En general, los problemas de salud muestran una buena recuperación tras la llegada a la familia adoptiva, produciéndose en los tres primeros años desde la llegada la mayor recuperación del desarrollo físico del niño, aunque en el 17,2 por ciento de ellos, pasados estos años persisten retrasos muy significativos ya prácticamente irrecuperables. En cuanto a la recuperación psicológica, también se produce una mejoría, pero menor.

En cualquier caso la falta de identificación e intervención precoz sobre estos problemas y la falta de los cuidados necesarios puede afectar a la calidad de vida del niño, a su desarrollo físico, emocional e intelectual, e incrementar los problemas adaptativos tanto en la familia adoptiva como en su entorno que requiere una monitorización especial durante el periodo preadoptivo y en la postadopción, ofertando a los niños y sus familias los servicios y ayudas necesarias para lograr el éxito del proceso de adopción.



La mayoría de los estudios indican que en general las familias presentan un buen afrontamiento de estos retos y dificultades, aunque manifiestan no disponer de apoyos ni sentirse bien preparados para el cuidado y la satisfacción de las necesidades de los niños y para solventar los problemas del día a día. Ellos mismos demandan asesoramiento, orientación y resolución de dudas en la crianza de sus hijos.

Actualmente parece que la ayuda en la AI es más reactiva que proactiva, más terapéutica que de apoyo y asesoramiento anticipándose a la aparición de problemas, lo que hace plantearse una reflexión profunda al respecto.

El centro de interés de la disciplina enfermera es el cuidado de la persona, familia y comunidad que vive experiencias de salud en interacción con su medio. Las enfermeras son los profesionales de la salud con un abordaje holista de la persona y una visión más humanista que biológicoista, es el profesional del equipo de salud responsable de los cuidados de la persona y la satisfacción de sus necesidades, implicada por ello en el proceso de adopción internacional, aunque a día de hoy su participación es mínima y sobre todo poco visible.

Pero a partir del desarrollo de las especialidades de Enfermería y el inicio de la formación EIR, se plantea un punto de inflexión definitivo en el que las enfermeras, están capacitadas para asumir, liderar y coordinar equipos interdisciplinarios que se adapten a las necesidades del niño, su familia y su entorno en todo el proceso de adopción internacional. Entre las competencias que adquieren las enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología y Pediatría, está fomentar la autonomía en el cuidado de los hijos, prevenir problemas familiares en situaciones de cambio o crisis en el ciclo vital, fortalecer la unión y la red familiar, promover el vínculo madre-hijo, valorar la adaptación de los padres al núcleo familiar y realizar programas dirigidos al nacimiento, maternidad y crianza. Todo esto está perfectamente establecido en la atención a la mujer desde

el embarazo, sin embargo no ocurre lo mismo en los casos en que la maternidad va a ser por adopción, a pesar de ser una necesidad también para las madres adoptivas y que las enfermeras deben considerar asumir.

Por su parte, las enfermeras especialistas en Salud Mental aportan aquello que se deriva del trabajo que desarrollan con las personas y con las respuestas que dan a las alteraciones de la salud mental, con los aspectos afectivos que la conducta humana lleva implícitos y con la potencialidad de éstos para incidir en la capacidad de integración socialmente aceptable de los individuos. Son profesionales capacitados para ayudar a las familias en el proceso de vinculación, de revelación de la condición de adoptado, de conductas desadaptativas y en general de aspectos emocionales y de salud mental.

ACTUALMENTE PARECE QUE LA AYUDA EN LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL ES MÁS REACTIVA QUE PROACTIVA, MÁS TERAPÉUTICA QUE DE APOYO Y ASESORAMIENTO ANTICIPÁNDOSE A LA APARICIÓN DE PROBLEMAS, LO QUE HACE PLANTEARSE UNA REFLEXIÓN PROFUNDA AL RESPECTO

El Dr. Palacios, especialista en AI, se plantea si una buena parte de los problemas que presentan las familias adoptivas y los niños adoptados podrían ser resueltos por los servicios profesionales que ya existen en la comunidad, lo que apunta directamente a la idea de que las enfermeras pueden formar parte del proceso de AI y ser los profesionales que acompañen, asesoren y ayuden a los padres en su ámbito competencial, con el objetivo de ofrecer a los padres apoyo para un cuidado competente y con ello el éxito de la adopción.

ENFERMERA DEL HOSPITAL GENERAL DE LA MANCHA CENTRO (ALCÁZAR DE SAN JUAN). VOCAL DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE DIRECTIVOS DE ENFERMERÍA (ANDE).
PARA CONTACTAR: BLANCAF@SESCAM.JCCM.ES



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

15.1 Anexo 1. Solicitud de acceso al campo



Facultad de Ciencias de la Salud

DATOS DEL INVESTIGADOR

Apellidos y Nombre: Blanca Fernández-Lasquetty Blanc
DNI: 399177N
Teléfono: 638227707
Correo electrónico: bflasquetty@gmail.com

Me dirijo a usted para presentarle mi proyecto de investigación para el desarrollo de la tesis doctoral que estoy realizando y solicitarle su colaboración. Soy enfermera y doctoranda de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante. Mi Directora de Tesis es la Dra. Mercedes Rizo Baeza, profesora Titular de la Universidad de Alicante.

La adopción internacional constituye un tema de interés entre psicólogos, antropólogos, pediatras, juristas o trabajadores sociales, sin embargo se ha llevado a cabo poca investigación empírica de la experiencia de los padres para cubrir las necesidades y el cuidado de los niños de adopción internacional en la sociedad actual, desde su propia vivencia y desde la perspectiva enfermera.

Este estudio, de tipo cualitativo, tiene como objetivo analizar y comprender el proceso de cuidados y satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional por parte de sus padres.

La perspectiva de los padres para entender el fenómeno permite realizar intervenciones más ajustadas a las necesidades de los niños y los padres, promoviendo un adecuado desarrollo individual familiar y social.

Para la realización del estudio necesito contactar con padres de niños de adopción internacional, entre 0 y 3 años y en su primer año de la llegada a la familia, que de forma voluntaria deseen participar, para lo que necesito su ayuda. A los participantes, les presentaré el estudio y solicitaré que firmen un consentimiento informado, garantizando en todo momento su anonimato y la confidencialidad de los datos aportados. Su participación consistirá en unas entrevistas que llevaré a cabo en el lugar y tiempo que acordemos previamente entre ambos y por un tiempo no superior a una hora.

Los resultados de la investigación los presentaré a los participantes y posteriormente en la Universidad. Si lo desea le enviaré el proyecto del estudio. Agradezco inmensa y sinceramente su colaboración y quedo a su disposición para lo que necesite.

Fdo: Dra. Mercedes Rizo Baeza
Profesora Titular de la Universidad de Alicante

Fdo: Blanca Fernández-Lasquetty Blanc
Doctoranda de la Universidad de Alicante

15.2 Anexo 2. Carta a las familias



Facultad de Ciencias de la Salud

Estimada familia:

Muchísimas gracias por atender mi solicitud y prestarme su tiempo.

Mi nombre es Blanca Fernández-Lasquetty Blanc, soy enfermera y estoy realizando mi tesis doctoral en la Facultad de Ciencias de la Salud de Alicante, sobre el tema la adopción internacional. Este trabajo tiene como objetivo comprender el proceso de cuidados y satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional por parte de sus padres.

Conocer su perspectiva nos va a permitir realizar intervenciones más ajustadas a las necesidades de los niños y los padres, promoviendo un adecuado desarrollo individual familiar y social y ofrecerles el apoyo que realmente necesitan.

Para la realización del estudio necesito contactar con padres de niños de adopción internacional que de forma voluntaria deseen participar.

Su colaboración consistirá en una entrevista que llevaré a cabo en el lugar y fecha que acordemos previamente entre ambos, según su disponibilidad y preferencias, por un tiempo no superior a una hora. Si me lo permiten, grabaré la entrevista para no tener que estar tomando notas y así poder prestarles toda mi atención. En todo momento garantizaré su anonimato y la confidencialidad de los datos aportados. Su nombre nunca aparecerá ya que para eso le asignaré un código.

Si hay algo de lo que ustedes no deseen hablar yo lo respetaré y podrán parar la entrevista en cualquier momento.

Agradezco inmensa y sinceramente su colaboración y quedo a su disposición si desean alguna otra aclaración. Para mí es muy importante conocer su experiencia, ya que no tengo ninguna vinculación con la adopción y conocer sus vivencias solo lo puedo hacer junto a ustedes.

Mi teléfono es 638227707 y el correo electrónico: blancaadopcion@gmail.com, espero su llamada o mail para poder fijar el encuentro.

Todo mi agradecimiento.

*Fdo: Blanca Fernández-Lasquetty Blanc
Doctoranda de la Universidad de Alicante*

15.3 Anexo 3. Consentimiento informado



INFORMACIÓN A LA FAMILIA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como estudiante de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante, estoy realizando mi Tesis Doctoral llamada: *El cuidado y la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional: experiencia en solitario de los padres*. Mi Directora de Tesis es la Dra. Mercedes Rizo, Profesora Titular de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Alicante.

Me dirijo a usted para invitarle a participar en este estudio y le pido lea atentamente esta información, tomándose el tiempo que considere necesario y preguntando cualquier duda que tenga.

Objetivo del estudio

El objetivo general de este estudio es analizar y comprender el proceso de cuidados y satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional por parte de sus padres.

Participantes

Los participantes serán padres y madres de niños de adopción internacional, entre 0 y 3 años, en el primer año de su llegada a la familia.

Descripción del estudio

Para llevar a cabo este trabajo, necesito contar con personas como usted, que tiene experiencia sobre lo que quiero investigar y capacidad para comunicarse. Deseo comprender, conocer su vivencia, su experiencia, no pretendo comprobar ni verificar, no hay respuestas correctas o incorrectas, todo lo que usted me pueda aportar será realmente muy válido para mi trabajo.

Haremos una entrevista de unos 60 minutos, aproximadamente, que si me permite grabaré para no tener que estar tomando notas y así poder prestarle toda mi atención.

¿Qué beneficios puede reportar este estudio?

La perspectiva de los padres para entender el fenómeno nos permite a los profesionales realizar intervenciones más ajustadas a las necesidades de los niños y los padres, promoviendo un adecuado desarrollo individual, familiar y social, orientará una práctica eficaz y ética y una mejora de la calidad de los servicios prestados a las familias de niños de adopción internacional. Nos permitirá ofrecer a los padres apoyo para un cuidado competente.

¿Qué pasa si decido no participar en el estudio?

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Sea cual sea su decisión lo respetaré y no supondrá ningún perjuicio para usted.



¿Qué pasa si decido abandonar el estudio en cualquier momento?

Usted puede abandonar el estudio cuando quiera sin tener que justificar su decisión y sin ninguna consecuencia para usted.

¿Mis datos serán tratados de forma confidencial?, ¿quién tendrá acceso a mis datos?

En todo momento le garantizo la confidencialidad de su identidad y los datos aportados. Solo será registrado el nombre y apellidos de los padres, a los que le asignaré un código, en un cuaderno que guardaré bajo llave y finalizado el estudio lo destruiré como documentación clínica.

Los resultados de este trabajo se los presentaré y posteriormente serán publicados, pero su identidad no será revelada bajo ningún concepto.

Ante cualquier duda o problema ¿a quien puedo dirigirme?

Para cualquier pregunta relacionada con este estudio, puede ponerse en contacto conmigo,

Blanca Fernández-Lasquetty Blanc, Enfermera Colegiada nº

en el teléfono: 633227707 o en el correo: blancaadopcion@gmail.com

El protocolo de este estudio que se le propone ha sido diseñado conforme a las Guías de la Unión Europea sobre Buenas Prácticas Clínicas y a la Declaración de Helsinki y sus posteriores versiones y ha sido aprobado por el Comité Ético del Hospital General La Mancha-Centro.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

En..... a de de 2012

Fdo:

*Fdo: Blanca Fernández-Lasquetty Blanc
Doctoranda de la Universidad de Alicante*

15.4 Anexo 4. Primer guión diseñado para las entrevistas

ENTREVISTA A LA FAMILIA

Estudio: *El cuidado y la satisfacción de las necesidades de los niños de adopción internacional: experiencia en solitario de los padres.*

- Como ya le he comentado, me gustaría conocer su experiencia en el cuidado de su niño/a
- ✓ ¿Cómo han ido cambiando las cosas desde la llegada de su niño/a?, cuénteme su experiencia
 - ✓ ¿Me puede contar como se las arregla para cuidar a su niño/a?, ¿cómo se organiza?
 - ✓ Todos los niños pequeños tienen necesidades que los padres deben cubrir, ¿cómo lo hace usted? (ver necesidades)
 - ✓ ¿Usted percibe que su hijo tiene necesidades especiales por su pasado?, cuénteme su experiencia
 - ✓ ¿Ha desarrollado estrategias para cuidar y cubrir las necesidades de su hijo?, hábleme de ellas
 - ✓ ¿Cómo actúa ante las reacciones de su hijo/a?, ¿le entiende?
 - ✓ ¿Ha identificado determinados comportamientos ante situaciones concretas?, cuénteme su experiencia
 - ✓ ¿Se ha encontrado en algún momento ante situaciones en las que no sabía como actuar?
 - ✓ ¿Se ha sentido capacitado/a para cuidar y atender a su hijo?, cuénteme a partir de la preparación preadoptiva recibida como se encontraba usted para cuidar a su hijo y como cree que se las arregla
 - ✓ ¿Cómo se siente?
 - ✓ Hábleme de las cosas que le hacen sentirse mas feliz
 - ✓ Y ¿cuales son las que le hacen sentirse peor?
 - ✓ A partir de la llegada del niño, ¿ha sentido que necesitaba algún recurso de la administración para la postadopción?, ¿cómo ha sido su experiencia?
 - ✓ A partir de su experiencia y su vivencia de estos meses, ¿necesitaría el apoyo o la ayuda de algún profesional?, cuénteme que necesitaría, que vacíos habría que cubrir, que se le podría ofrecer para ayudarle a cuidar a su niño/a.



Necesidades

Según la Teoría de las necesidades infantiles de Ocahita y Espinosa, las necesidades universales durante la primera infancia son:

Salud física	Autonomía
Alimentación: lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses. Introducción posterior gradual de los restantes alimentos.	El niño se muestra cada vez más activo tanto en relación a los objetos como a las personas.
Vivienda adecuada para la protección contra los elementos y contra los accidentes; condiciones de higiene suficientes.	Se forman y desarrollan los vínculos afectivos primarios: el apego y la preferencia por las personas conocidas.
Vestidos adecuados a la temperatura y que permitan la movilidad. Higiene adecuada y frecuente.	La interacción con adultos es de especial importancia también para el desarrollo de la función simbólica y el lenguaje.
Atención sanitaria: seguimiento especializado de la alimentación y el crecimiento físico. Calendario de vacunación.	Interacción con iguales: empieza a cobrar importancia la relación con hermanos e iguales.
Sueño: respetar las necesidades de sueño y descanso. Adaptación al horario adulto.	Educación formal: el niño puede asistir a la escuela infantil que debe ofrecerle cariño y estimulación para la acción y la interacción.
Espacio exterior adecuado, libre de riesgos y de sustancias contaminantes.	Educación no formal: la interacción con los adultos y con los iguales es educativa desde las primeras etapas de la vida.
Ejercicio físico: actividad adecuada para el desarrollo postural y motor. Juegos motores o de ejercicio.	Comienza a ser de vital importancia el juego con objetos, personas y con ambos a la vez. Se inicia el juego simbólico.
Protección de riesgos físicos: especial atención a los accidentes domésticos. Buen trato físico.	Protección de riesgos psicológicos. Buen trato, atención y satisfacción de las necesidades anteriores.
Necesidades sexuales: comprensión por parte del adulto de la manifestación de las necesidades de los niños y niñas, como autoexploración corporal o auto-estimulación. Protección ante posibles abusos sexuales.	

15.5 Anexo 5. Aprobación del estudio por el Comité Ético de Investigación Clínica

 Complejo Hospitalario
La Mancha Centro

sescam	
C. H. "LA MANCHA CENTRO"	
13600 ALCAZAR DE SAN JUAN - Ciudad Real	
▷	11 OCT. 2012 ◁
SALIDA Nº 199	



D^a. Blanca Fernández-Lasquetty Blanc .
Subdirección de Enfermería.
Hospital General Mancha Centro.

Alcázar de San Juan, 05 de Octubre de 2.012

Adjunto le remito la resolución del CEIC, del proyecto de investigación titulado: "Proyecto El Cuidado Y La Satisfacción De La Necesidades De Los Niños De Adopción Internacional: Experiencia En Solitario De Los Padres. que fue valorado por el CEIC de Mancha Centro en la reunión del pasado 27 de septiembre de 2012, Acta núm. 08/12.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Atentamente,



Fdo.: Esperanza Segura Molina,
Secretaria C.E.I.C. / H.G.M.C.

INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

D^a. Esperanza Segura Molina, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica del Complejo Hospitalario La Mancha Centro

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta para la realización del estudio de investigación clínica titulado: **"El cuidado y la satisfacción de Las necesidades de Los niños de adopción internacional: Experiencia en solitario de los padres. "**, cuyo investigador principal es, Blanca Fernández-Lasquetty Blanc, de la Subdirección de enfermería del Hospital Mancha Centro, en su reunión del día 27/09/12, Acta 08/2012, y en cuya evaluación estuvieron presentes los siguientes miembros del C.E.I.C.:

Dra. Esperanza Segura Molina (Farmacóloga Clínica)
D^a. Natalia López-Casero (D.U.E.)
Dr. Juan Carlos Valenzuela Gámez (Farmacia)
Dra. Dolores Fraga Fuentes (Farmacia)
Dr. Laureano Gómez González (Atención Primaria)
Dra. Concepción Villafañez García (Urgencias)
D. Isabel Muñoz Carreras (Farmacia AP)
D. Ángel Arinero Arinero (Asesoría Jurídica)
Dr. Ramón Garrido Palomo (Pediatría)

Valoración: **FAVORABLE.**

Lo que firmo en Alcazar de San Juan, a 06 de septiembre de 2.012.

Fdo.: 
Secretaria C.E.I.C.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante