



Consenso sobre la atención pediátrica integral de niñas, niños y adolescentes adoptados

Autores: Natalia Krejcik ¹, Pilar López ¹, Romina Valerio ¹, Julia Carolina Aznar ¹, Julieta Fernández Casal ², M. Florencia Giuliano Monsalvo ², Graciela Muñecas ², M. Laura Passarelli ², Julia C. Saulino ²

Colaboradores: Edith Castiñeiras ³, Dalia Mlik ³, Carlos Rusconi ³, Miriam Calvari ⁴, Miriam Bruno ⁴, Alejandra Gaiano ⁴

¹ Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria

² Comité Nacional de Pediatría Social

³ Comisión de Salud Mental y Familia

⁴ Comité Nacional de Infectología

Publicación: 19 de agosto de 2025

RESUMEN

Este consenso busca fortalecer el rol del pediatra en la atención integral de niñas, niños y adolescentes (NNyA) en proceso de adopción, promoviendo prácticas clínicas basadas en la evidencia y con un enfoque centrado en los derechos. Fruto de una revisión bibliográfica exhaustiva y un trabajo colaborativo entre los comités de Pediatría General Ambulatoria y Pediatría Social de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), el documento desarrolla el marco legal vigente en el país, los procesos de abrigo, guarda y adopción, y las recomendaciones específicas para la evaluación clínica y del desarrollo, valorando la trayectoria de vida de cada niño en particular, acompañando a las familias de forma interdisciplinaria. Se brindan orientaciones para la entrevista preadoptiva y el seguimiento clínico posterior enfatizando la importancia de acompañar el proceso de construcción de las nuevas familias desde el inicio, teniendo el interés superior del niño como máxima prioridad.

Adoptaremos la nominación “el” niño, pediatra, adulto, cuidador, pero incluimos en esta denominación todas las diversidades e identidades de género.

INTRODUCCION

La adopción es una medida de protección integral destinada a garantizar el derecho de niños, niñas y adolescentes a vivir y desarrollarse en una familia que les brinde los cuidados necesarios para satisfacer sus necesidades afectivas y materiales, cuando se determina que su familia de origen no puede hacerlo. En este contexto, el pediatra se posiciona como un actor fundamental para asesorar y acompañar a la familia en construcción en este proceso, trabajando siempre en forma interdisciplinaria. Este consenso surge ante la necesidad de unificar criterios clínicos y promover una mirada sensible y activa del equipo de salud en el abordaje de la adopción, en consonancia con el interés superior del niño. El objetivo de este documento es responder preguntas claves acerca del marco regulatorio legal actual del proceso de adopción, así como proponer recomendaciones para el control periódico de salud de los niños y el acompañamiento de las familias desde un abordaje interdisciplinario.

METODOLOGIA

Este documento fue elaborado por profesionales pertenecientes a los Comités Nacionales de Pediatría General Ambulatoria y de Pediatría Social de la SAP, con experiencia clínica y académica en el seguimiento de niñas, niños y adolescentes adoptados. El proceso metodológico incluyó una revisión de literatura científica nacional e internacional, marcos normativos vigentes y guías clínicas. Se trabajó mediante reuniones virtuales y presenciales para discutir los contenidos, validar las recomendaciones y consensuar un enfoque integral que articule aspectos legales, clínicos, sociales y de salud mental. La construcción del documento se basó en el método de consenso interno, priorizando la horizontalidad y la interdisciplinariedad, respetando los lineamientos editoriales de la SAP. Fue sometido a revisión externa por pares, además de especialistas en derecho, salud mental e infectología.

LA ADOPCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE DERECHOS

El objetivo central de la adopción es permitir que NNyA puedan vivir y desarrollarse en una familia que les procure cuidados tendientes a satisfacer sus necesidades, después de que el Estado haya considerado que esa es la mejor manera de protegerlos cuando su familia biológica no puede hacerlo y su interés superior exige una solución permanente fuera de su núcleo familiar de origen.

“Adoptar consiste en encontrar una familia para un niño y no un niño para una familia”.

Esta frase refleja un principio fundamental de la adopción: el interés superior de NNyA, garantizando que la adopción sea un mecanismo para proteger su bienestar más allá de satisfacer el deseo de los adultos de formar una familia.

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) (1), con rango constitucional en Argentina desde 1994, aborda el tema de la adopción desde la perspectiva de la protección de derechos de NNyA, ubicando su interés superior como uno de los principios fundamentales.

La Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, promulgada en 2005, establece el marco de derechos de NNyA en consonancia con la CDN (2). Si bien no regula específicamente el proceso de adopción — regulado principalmente por el Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC) (3) —, establece los principios generales que deben guiarlo.

Las principales disposiciones de la Ley 26.061 relacionadas con la adopción son:

1. Interés superior del niño: debe ser prioritario en todas las decisiones y acciones que lo involucren (art. 3), incluyendo la adopción, que sólo debe tener lugar si se considera la mejor alternativa para el bienestar físico, emocional y social de NNyA.
2. Derecho a la familia: el artículo 10 establece el derecho de NNyA a crecer y desarrollarse en su familia de origen.

3. Derecho a la identidad: El artículo 11 reconoce el derecho de NNYA a preservar su identidad: nombre, nacionalidad, idioma, cultura y vínculos familiares. Los niños adoptados tienen derecho a conocer su identidad biológica. Los adoptantes deben comprometerse expresamente a informar sobre sus orígenes biológicos al adoptado, quedando constancia de esa declaración en el expediente.

4. Participación del niño en el proceso: El art. 24 establece que NNYA tienen el derecho a ser escuchados en cualquier proceso judicial o administrativo que les concierne, incluida la adopción. Su opinión debe ser tomada en cuenta de acuerdo con su edad, desarrollo y madurez.

5. Protección frente a la explotación, el abuso y el maltrato: El artículo 9 y el art. 33 prevén la intervención del Estado para garantizar la protección de NNYA frente al abuso, maltrato, explotación o cualquier otra situación que comprometa su bienestar. Una consideración importante es que la ley expresamente prohíbe la judicialización de la pobreza como motivo de separación de un NNYA de su familia. En los art. 35 y 37 se detallan las medidas de protección que se deben implementar para fortalecer los vínculos en estos casos.

6. El rol del Estado en el proceso de adopción es garantizar que NNYA no sean separados de su familia de origen sin una causa justificada. Si no es posible garantizar un entorno seguro en su seno, los NNYA deben ser protegidos mediante medidas alternativas como la adopción (art. 33).

7. Derecho a la documentación: derecho a obtener los documentos públicos que comprueben su identidad (art. 13).

MARCO REGULATORIO DEL PROCESO DE ADOPCIÓN

En nuestro país, la adopción y el sistema de cuidado infantil se estructuran mediante figuras legales, que buscan el bienestar y la protección de NNyA, incluyendo abrigo, guarda y adopción, aplicadas según el contexto y las necesidades particulares de cada niño.

Figuras legales

Niños en abrigo: NNyA al cuidado temporal de una familia o institución (llamadas familia de abrigo o acogimiento u hogar convivencial) debido a que su familia biológica no puede cuidarlos adecuadamente. El abrigo es una medida transitoria para proteger al niño mientras se trabaja en la posibilidad de que regrese con su familia de origen o se decide otra medida de protección.

Características del abrigo:

- Temporalidad: está pensado para ser temporal; su duración puede variar según el caso y las decisiones judiciales.
- Vinculación con la familia de origen: se promueve que el niño mantenga contacto con su familia biológica.
- No implica una adopción: no se establece una relación de filiación entre el niño y la familia de abrigo, sino una relación de cuidado y protección.

El abrigo se regula de manera indirecta mediante la Ley 26.061 (3) que establece medidas de protección para los NNyA en situación de vulnerabilidad y es gestionada por los organismos de protección de derechos en las jurisdicciones provinciales a través de programas de cuidado transitorio.

Niños en guarda: La guarda con fines de adopción es aquella en la cual un NNyA es entregado a una familia postulante en forma transitoria con el objetivo de evaluar la convivencia y la aptitud de los futuros padres adoptivos. Es un período en el cual niño y

familia pueden adaptarse y construir un vínculo afectivo bajo la supervisión de las autoridades judiciales.

Características de la guarda con fines adoptivos:

- Período de evaluación: por un máximo de seis meses durante el cual la justicia evalúa si la familia adoptiva es adecuada y si el niño se adapta favorablemente a su nuevo entorno.

- Requisitos: Sólo pueden recibir una guarda con fines adoptivos las personas o parejas que estén registradas y evaluadas en el Registro Único de Aspirantes a Guarda con Fines Adoptivos (RUAGA) (4). A su vez, cada provincia posee su registro.

El RUAGA es un registro de inscripción obligatorio para las personas interesadas en adoptar. Su propósito es asegurar que los adoptantes sean evaluados y considerados idóneos antes de iniciar el proceso de adopción. Es administrado a nivel nacional y provincial, y garantiza que los postulantes cumplan con los requisitos para adoptar (CCyC art. 612) (2).

La disponibilidad adoptiva es el conjunto de condiciones que los aspirantes a adoptar manifiestan al momento de inscribirse: edad, situación de salud o disponibilidad a adoptar un NNyA o un grupo de hermanos. Más que lo que “desean” los adultos adoptantes, se trata de lo que “pueden” sostener en el proceso de adopción, capacidad que resulta de una construcción, que insume tiempo y trabajo y que debe ser acompañada institucionalmente. Según los últimos datos estadísticos del RUAGA, más de un 80 % de los postulantes manifiesta disponibilidad para adoptar niños y niñas menores de 3 años, pero menos del 1 % lo hace para adolescentes de más de 13 años. Asimismo, un 69,43 % manifiesta disponibilidad para adoptar un NNyA pero el 1 % lo hace para grupos de 3 hermanos. Por último, el 87,43 % vs 12,57 % enuncian disponibilidad para adoptar NNyA sin y con condiciones de salud de base, respectivamente.

- Supervisión judicial: el sistema judicial decide si el proceso de adopción puede finalizarse y ser declarado definitivo. Asimismo está expresamente prohibida la entrega directa en guarda de NNyA mediante escritura pública o acto administrativo, así como la entrega directa en guarda otorgada por cualquiera de los progenitores u otros familiares del niño (CCyC art. 611) (2).

- Transitoriedad: se espera que la guarda concluya en una adopción definitiva, siempre que el interés del niño esté protegido y los vínculos creados sean positivos para su desarrollo.

Niños adoptados: Un niño adoptado es aquel que, tras cumplir con el período de guarda y recibir la aprobación judicial, ha sido integrado de forma definitiva a su nueva familia adoptiva mediante una sentencia de adopción que confiere al niño el estatus de hijo en las relaciones de parentesco dentro de su nueva familia, generando vínculos jurídicos, afectivos y patrimoniales.

Tipos de adopción

El marco regulatorio legal de la adopción en Argentina está establecido principalmente en el Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC) (2), junto con normativas complementarias como la Ley 26.061 (3) y las normas provinciales específicas.

El CCyC (2) regula la adopción y define sus tipos, los requisitos para adoptar, los procedimientos y los efectos legales. Se establecen los siguientes tipos de adopción:

Adopción plena (art. 619): otorga al adoptado la misma situación que a un hijo biológico, extinguiendo vínculos jurídicos con la familia de origen (excepto en casos de adopción por el cónyuge o conviviente del progenitor biológico). Es irrevocable.

Adopción simple (art. 620): No interrumpe los lazos con la familia biológica, salvo los derechos de filiación y los alimentarios. Puede ser revocada bajo circunstancias excepcionales.

Adopción de integración (art. 621): Se da cuando el adoptante es el cónyuge o conviviente del progenitor del niño, permitiendo que el niño sea integrado en la nueva familia sin interrumpir totalmente los vínculos con la familia biológica.

Requisitos para adoptar (artículos 599 a 603)

Edad mínima: Los adoptantes deben tener 25 años o más. Si están casados o conviviendo en una unión convivencial por más de tres años, pueden ser más jóvenes.

Diferencia de edad: diferencia mínima de 16 años entre el adoptante y el niño, con algunas excepciones.

Capacidad: El adoptante debe tener plena capacidad jurídica.

Inscripción: Los adoptantes deben estar inscritos en el RUAGA. Pueden inscribirse matrimonios heterosexuales, igualitarios, personas viudas, solteras o divorciadas, en unión convivencial debidamente acreditada y personas con discapacidad. No puede adoptar un hermano a su hermano.

Procedimiento de adopción (etapas)

Declaración de adoptabilidad: Un juez declara que el niño es adoptable, luego de constatar que no puede ser cuidado por su familia biológica (art. 607) o ante la ausencia de ésta.

Vinculación: es el período previo al otorgamiento de la guarda con fines adoptivos, con el fin de iniciar la construcción del vínculo entre el NNyA y la familia seleccionada por el juzgado. Se realizan varios encuentros entre los postulantes y el niño, inicialmente en el dispositivo de cuidado donde reside el NNyA y luego, en la vivienda del/los/las postulantes.

Guarda: Transitada la etapa de vinculación, el juez podrá dictar la Guarda con fines adoptivos. El artículo 611 establece que el niño debe encontrarse en situación de

adoptabilidad y que la guarda se otorga de manera transitoria para evaluar la viabilidad de la adopción.

Sentencia de adopción: Tras el período de guarda, el juez evalúa si se otorga la adopción definitiva. La adopción otorga la condición de hijo.

SEGUIMIENTO PEDIÁTRICO DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES ADOPTADOS

Objetivos de la atención integral de NNyA adoptados

- Establecer un vínculo positivo y de confianza con la familia adoptiva y con el niño adoptado.
- Asesorar a la familia sobre el procedimiento de la adopción, brindando una escucha activa y respondiendo a sus preguntas.
- Conocer antecedentes médicos y socio ambientales personales y familiares del niño adoptado, así como condiciones actuales de salud.
- Identificar factores protectores y factores de riesgo biológicos y medioambientales de la historia del niño, que podrían tener impacto en su salud y desarrollo (5).
- Realizar seguimiento a través de controles en salud del niño y la familia.
- Indicar las vacunas correspondientes a cada edad o realizar el recupero de vacunas en el caso de no contar con un registro actualizado de vacunación.
- Realizar detección oportuna de problemas de salud y del desarrollo del niño adoptado para poder instaurar el tratamiento adecuado en el caso de que sea necesario.
- Acompañar a las familias adoptivas en la crianza y en la construcción del lazo afectivo con el niño. Informarles cuáles son las conductas esperables para cada situación.
- Trabajar en equipo de manera interdisciplinaria: pediatra, equipo de salud mental, familia y escuela.

Evaluación inicial de la Salud integral

Si bien esta evaluación debe ser integral, no es necesario que esto ocurra en una sola visita médica.

Entrevista Pre-adopción: Las familias adoptivas potenciales con frecuencia requieren asesoramiento sobre las posibles necesidades de atención a largo plazo, el pronóstico de problemas médicos específicos y la disponibilidad de recursos comunitarios (públicos o privados) para acompañar el proceso. La visita previa a la adopción le proporciona al pediatra tiempo para el asesoramiento requerido (6).

Con especial cuidado en el requerimiento de la información, resulta sustantivo conocer las causales de la medida de protección especial y de la declaración de adoptabilidad: esta información, que se encuentra en los registros de adopción y que los padres pueden solicitar, permite trazar una perspectiva acerca de posibles vulneraciones de derechos padecidas por el NNYA previo a la declaración de adoptabilidad.

En consonancia con estos antecedentes (que eventualmente pueden incluir privación severa de condiciones materiales, atención prenatal inadecuada, exposición pre y postnatal a toxinas y patógenos, malnutrición, inadecuada estimulación, abuso infantil y/o padecimiento de diversos tipos de violencia) el pediatra evaluará si el NNYA podría tener una mayor incidencia de problemas de salud física, emocional y social (6,7).

A partir de esta información, pueden delinearse necesidades potenciales para abordarlas oportunamente de manera interdisciplinaria.

Consulta pediátrica

Antecedentes: Se deberá valorar antecedentes personales, familiares y ambientales.

1- Antecedentes de la familia biológica: si estuviera disponible la información pertinente, recabar antecedentes de salud de ambos padres biológicos, hermanos y miembros de la familia de origen extendida. Indagar sobre problemas de salud de base genética.

2- Historia prenatal y antecedentes de salud perinatales: si estuviera disponible la información pertinente, recabarla para analizar la necesidad de realizar una evaluación y seguimiento de las infecciones perinatales de acuerdo a las recomendaciones (8,9).

Si la misma no estuviera disponible o el niño fuera producto de embarazo no controlado, se impone solicitar serologías al niño, interpretando los marcadores según su edad y pasaje transplacentario de anticuerpos. Deben descartarse Virus de Inmunodeficiencia Humana, Virus de Hepatitis B y C, Sífilis, Chagas y Toxoplasmosis (en menores de 12 meses). En caso de no contar con datos de la pesquisa metabólica al nacer, el seguimiento es clínico y se solicitarán estudios en caso de considerarse necesarios (10, 11) (ver Material complementario).

3- Antecedentes personales: condiciones crónicas, hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, enfermedades actuales, evaluaciones de distintas especialidades médicas.

4- Condiciones del ambiente de crianza previo: historia de exposición prenatal y/o postnatal a tóxicos o contaminantes.

5- Historia del desarrollo buscando conocer la trayectoria del mismo hasta el momento. Interrogar sobre antecedentes de escolaridad, si correspondiera.

6- Revisar registro inmunizaciones y actualizar en función de la edad y las vacunaciones previas documentadas. Si no existiera el registro escrito se debe considerar que las vacunas no han sido administradas y actuar en consecuencia. Es importante también evaluar el estado de vacunación de la familia adoptiva y asesorar al respecto.

7- Lactancia materna inducida: algunas familias pueden estar interesadas en amamantar a sus niños lactantes, por lo que el pediatra debe estar familiarizado y apoyar la opción y las técnicas de la lactancia inducida (6).

8- Proporcionar información sobre los servicios de apoyo comunitarios disponibles. (ver Material complementario)

Entrevista con NNyA: La evaluación inicial debe ser integral en aspectos clínicos, del desarrollo madurativo y psicosociales.

1- Examen físico completo: como es habitual en la consulta pediátrica de control. Habrá que ajustar el momento de este examen a los tiempos del niño: los niños son nuevos en

sus hogares adoptivos y podrían sentirse ansiosos e inseguros sin el apoyo adecuado (6).

2- Evaluación de pautas del desarrollo: algunos niños progresan en sus habilidades de acuerdo a lo esperado, mientras que otros pueden presentar regresiones de pautas ya adquiridas o retraso en su adquisición.

3- Evaluación oftalmológica y auditiva: debe realizarse en todos los casos, pero especialmente en lactantes y niños con antecedentes perinatales de relevancia (parto prematuro, infecciones de transmisión vertical).

4- Examen dental: la malnutrición, la falta de higiene dental, etc. dan lugar a frecuentes problemas en la dentición primaria, por lo que es importante su evaluación para prevenir el daño posterior de la dentición definitiva.

5- Evaluación y seguimiento de aspectos psico-sociales: asumiendo que los niños adoptados pueden haber transitado situaciones dolorosas de vulneración de derechos, estando expuestos a factores de estrés crónico, es necesario el seguimiento por parte de un equipo interdisciplinario conformado por psicólogo, trabajador social y pediatra durante el período en el que el niño se está adaptando a su familia adoptiva.

La historia del niño se va a manifestar en sus emociones y conducta, con períodos esperables de “reactualización” según el momento vital que atraviese.

6- Evaluación del patrón alimentario adquirido hasta el momento: cantidad y calidad de nutrientes, intolerancias, gustos, consistencias, identificación y expresión de sensaciones de hambre y saciedad.

7- Evaluación del patrón de sueño: rutina, horas de duración del sueño nocturno, siestas, presencia previa o reciente (esperable al llegar a un nuevo hogar) de parasomnias (sonambulismo, terrores nocturnos, pesadillas, despertar confuso, enuresis nocturna).

8- Evaluación del juego: observar el tipo de juego en la consulta según la edad, si existen dificultades en la autorregulación, intolerancia a la frustración o juego repetitivo estereotipado (6).

Observar si existe exposición inadecuada a pantallas (12).

Estudios complementarios

Si no se dispone de datos de laboratorio previos, se sugiere realizar (13):

- Hemograma (descartar anemia)
- Hepatograma con perfil lipídico
- Glucemia
- Uremia
- Creatininemia
- Calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, dosaje de OH Vitamina D (frente a sospecha de raquitismo)
- Examen de orina completa
- Parasitológico seriado en materia fecal y test de Graham
- PPD y radiografía de tórax si existieran antecedentes de contacto con tuberculosis.

Recupero de vacunas

Cuando no se cuenta con un correcto registro de las vacunas aplicadas, las instituciones educativas o vacunatorios pueden poseer registros accesibles.

Si los esquemas fueron interrumpidos, deberán completarse sin reiniciar esquemas.

En el caso de no contar con un registro o carnet de vacunación, deberá comenzarse el esquema desde el inicio, teniendo en cuenta según fecha de nacimiento del paciente las cohortes establecidas para cada vacuna que se va a indicar.

Las vacunas correspondientes a una determinada edad pueden administrarse de manera simultánea en lugares anatómicos diferentes. No existe un límite máximo de

aplicaciones a ser administradas en una misma ocasión. Sólo las vacunas a virus vivos atenuados que no se administren juntas el mismo día, deberán administrarse con una diferencia de 4 semanas (por ejemplo, triple viral, varicela, fiebre amarilla). Esto no aplica para el resto de las vacunas que pueden administrarse juntas o separadas con cualquier intervalo. (Ver Material complementario).

SALUD MENTAL EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES ADOPTADOS

La adopción es la oportunidad de que un NNyA que, por diversas razones, no puede ser criado por su familia de origen, se críe en el seno de otra familia e integre su nueva condición de hijo adoptivo a su identidad, sin abandonar su historia. Es un proceso complejo con múltiples desafíos, que debe transitarse paso a paso y que requiere la adaptación tanto del niño como de la familia.

Posterior a su estancia en centros o familias de acogida y durante el período de guarda con fines de adopción, los NNyA transcurren un periodo de adaptación. La vida del NNyA cambia en el momento de la llegada a su nueva casa, desapareciendo todo aquello que les resultaba familiar: cuidadores, amigos, habitación, cama y juguetes.

Es fundamental que NNyA de todas las edades sientan seguridad en el nuevo hogar, para lo cual se requiere tiempo compartido, indispensable para crear lazos de confianza con sus nuevos cuidadores. La mayor coherencia posible en las pautas de crianza ofrecidas al NNyA provee una base sólida para construir esa seguridad en el vínculo entre la familia y el NNyA.

Es necesario reconocer diferencias culturales que pueden jugar un rol importante en las etapas iniciales de adaptación.

La adopción desde el punto de vista psicológico implica una operatoria psíquica sumamente compleja a través de la cual un niño deviene en hijo. Dicha operatoria psíquica comienza con el deseo que posibilita el advenimiento de un hijo y la creación de la relación parental. Este proceso es indistinto al modo de concebir un niño biológicamente o por el acto de adopción formal. Debe producirse un reconocimiento simbólico, mutuo de la relación paternofilial. Así la adopción se trata de un proceso que comienza en lo jurídico y social y se desarrolla durante toda la vida en la relación de padres e hijos.

De este modo, la maternidad o la paternidad se trata de una función que opera en el seno de una relación más allá de las fronteras de lo biológico y sin desmedro de reconocimiento de éstas.

Como en todo vínculo parental/filial, al iniciarse el período de guarda, los candidatos a padres/madres adoptivos confrontan el ideal del hijo construido históricamente con el NNyA real.

En algunos casos, algunos padres/madres adoptivos describen un período durante el cual el NNyA suele estar tranquilo y alegre. Otros, sin embargo, describen a los niños en el proceso inicial como alertas, desafiantes, excitados o agresivos. Algunos niños también manifiestan problemas de sueño o de regulación de su conducta alimentaria. Este espectro de conductas puede preocupar a los padres/madres adoptivos, quienes frecuentemente se interrogan sobre la permanencia de las mismas. Idealmente un psicólogo con experiencia en adopción formará parte del equipo interdisciplinario (salud mental, trabajador social y pediatra) para asistir a la familia ante necesidades específicas en este periodo de ajuste mutuo.

La adopción de dos o más hermanos en forma conjunta, tiene como objetivo principal preservar el vínculo entre ellos, lo cual genera beneficios en el desarrollo emocional. En ocasiones este proceso puede ser complejo, sobre todo cuando hay gran diferencia de edad entre los hermanos o necesidades especiales de alguno de ellos (14).

Luego de la adaptación inicial, la derivación oportuna a profesionales del campo de salud mental se impone en aquellos niños que continúen mostrando dificultades en el desarrollo, tanto en el área emocional como del lenguaje y aprendizaje.

Los niños adoptados que presenten desafíos físicos y mentales previamente identificados (necesidades especiales de salud) deben ser apropiadamente referidos a equipos interdisciplinarios y asesorados, si fuera menester, para tramitar el Certificado Único de Discapacidad (CUD).

Los interrogantes particulares, preocupaciones y cuestiones emocionales pueden surgir tanto de los padres como de los NNyA adoptados en diferentes etapas de su desarrollo. El pediatra puede ayudar a las familias a anticiparse y prepararse para estas cuestiones relacionadas específicamente con la adopción, particularmente cuando el niño indaga sobre su origen biológico (15,16).

Los niños preescolares comienzan a preguntar sobre sus historias. Pueden comenzar a tener pensamientos mágicos sobre lugares o personas y pueden notar diferencias entre su apariencia física y la de los integrantes de su familia adoptiva. Estas cuestiones deben hablarse abiertamente y considerarse como una fuente de enriquecimiento familiar.

Los niños en edad escolar experimentan numerosos cambios a nivel cognitivo y socioemocional que tienen implicancias significativas para su comprensión y adaptación a la adopción (por ejemplo, reconocimiento de la pérdida de la familia biológica o sentirse responsables de que sus padres biológicos no hayan podido criarlos).

Las palabras “adopción” y “adoptado” deben circular con connotación positiva aún antes de que el niño entienda lo que significan. Se debe proporcionar al niño información adecuada a su desarrollo cognitivo de forma abierta para que comprenda su historia de adopción que comienza al momento de su nacimiento. Las respuestas deben guiarse por las preguntas del niño respondiendo con la verdad y ampliando las explicaciones si el niño indica que quiere escuchar más. Es particularmente importante sobre todo en niños en edad escolar asegurarles que la adopción es permanente, ya que a esta edad todos los niños suelen tener inquietudes sobre este punto. Como pediatras podemos alentar a los padres adoptivos a buscar asesoramiento en grupos de apoyo comunitario. En la adolescencia es cuando se reeditan temáticas vinculadas a la identidad. Los adolescentes pueden idealizar a la familia biológica y comenzar a expresar la necesidad de buscar familiares biológicos, sin que esto signifique un rechazo a la familia adoptiva, sino una etapa normal del desarrollo. Atender esos deseos del adolescente es su

derecho y puede mejorar su sentido de identidad, su adaptación a largo plazo y su relación con los padres adoptivos.

CONCLUSIONES

La atención pediátrica en contextos de adopción implica un abordaje clínico integral, continuo y comprometido con el respeto por la historia previa del NNyA y su derecho a una vida saludable y plena. El pediatra tiene un rol estratégico en el cuidado de la salud integral de estos, el acompañamiento emocional de las familias y la articulación con equipos interdisciplinarios. Este consenso ofrece herramientas para orientar la práctica clínica ante situaciones de abrigo, guarda y adopción, así como recomendaciones para el seguimiento integral, el esquema de vacunación, la evaluación del desarrollo y la intervención oportuna en salud mental. Promover una formación pediátrica con enfoque de derechos y perspectiva interdisciplinaria es fundamental para garantizar procesos de adopción saludables, sostenidos y protectores.

Agradecimientos: a la Dra. Marianela Troncatti, abogada del Hospital Dr Noel H Sbarra de La Plata, por el asesoramiento en materia legal.

REFERENCIAS

1. Convención sobre los Derechos del Niño. 1990. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/Convencion_sobre_los_Derechos_del_Nino_Argentina.pdf
2. Ley 26.061. Ley de protección integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescente. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>
3. Código Civil y Comercial de la Nación. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Infojus, 2014. Disponible en: http://www.saij.gob.ar/docs-f/codigo/Codigo_Civil_y_Comercial_de_la_Nacion.pdf
4. Dirección Nacional de Registro Único de Aspirantes a Guarda con Fines Adoptivos. Ministerio de Justicia. 2025. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/justicia/adopcion/Estad%C3%ADsticas-DNRUA>
5. Urrutia Pereira M, Pitrez Mocelin L, Mello da Silva CA, Oliveira Lima P, Menezes Nunes C, Marques Baida L, et al. Anamnesis ambiental como parte de la consulta pediátrica: estudio piloto. *Arch Argent Pediatr*. 2023;121(2):e202202732.
6. Jones VF, Schulte EE; AAP Council on Foster Care, Adoption, and Kinship Care. Comprehensive health evaluation of the newly adopted child. *Pediatrics*. 2019;143(5):e20190657.
7. Alberola Lopez S, Berastegui Pedro-Viejo A, De Aranzabal Agudo M, Cortes Lozano A, Fumado Perez V, Garcia Lopez Hortelano M, et al. Guía consensuada de pediatría en adopción. En: Adopción internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios. Madrid: CORA; 2008.

8. Argentina. Ministerio de Salud. Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de las infecciones perinatales por VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas. Iniciativa ETMI-PLUS, Argentina. 2025.
9. Comité Nacional de Infectología, Sociedad Argentina de Pediatría. Libro azul de infectología pediátrica. 5ª ed. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría; 2022.
10. Grupo de trabajo EPOF. Guía para pediatras. Sospecha de errores congénitos del metabolismo. *Arch Argent Pediatr*. 2007;105(3):262-70.
11. Barvosa J, Andrade L. Enfermedades poco frecuentes. En Sociedad Argentina de Pediatría. PRONAP. 2016;3(1):75-100.
12. Subcomisión de Tecnologías de Información y Comunicación. Bebés, niños, adolescentes y pantallas: ¿qué hay de nuevo? *Arch Argent Pediatr*. 2017;115(4):404-6.
13. Caunedo LAC. Adopción. En Sociedad Argentina de Pediatría. PRONAP. 2023; 4(1):87-106.
14. Salvo Agoglia I. Caminando hacia la adopción. Orientaciones para la adopción conjunta de hermanos/as o contactos post-adoptivos. Comisión Europea; 2022.
15. Jones VF, Schulte EE, Waite D; Council on Foster Care, Adoption, and Kinship Care. Pediatrician guidance in supporting families of children who are adopted, fostered, or in kinship care. *Pediatrics*. 2020;146(6):e2020034629.
16. Mason PW, Johnson DE, Albers Prock L, editors. Adoption medicine: caring for children and families. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics Council on Foster Care, Adoption, and Kinship Care; 2014.

MATERIAL COMPLEMENTARIO

Cursos para adoptantes

Cursos de capacitación del Registro Único de Aspirantes a Guarda con fines adoptivos #RUAGA. Los dicta el consejo de niñas, niños y adolescentes. Modalidad Virtual, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: adopcion@buenosaires.gob.ar.

Recupero de esquemas de vacunación

Para conocer qué vacunas se deben indicar teniendo en cuenta la edad y las cohortes incluidas para cada vacuna consultar Guía Rápida para el Recupero de esquemas de vacunación en niñas, niños y adolescentes en el siguiente link: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/02/guia-rapida-para-el-recupero-de-esquemas-de-vacunacion-en-ninasninos-y-adolescentes-2024.pdf>

Antecedentes de salud

VIH: En niños menores de 18 meses, las pruebas virológicas son de elección (PCR), ya que permiten detectar la presencia del VIH, su genoma o proteínas. En niños mayores de 18 meses, las pruebas serológicas son de elección (ELISA), ya que permiten la detección de anticuerpos frente al VIH. Toda prueba positiva debe confirmarse con una segunda prueba en muestra de sangre diferente. Es importante tener en cuenta que los niños no infectados a pesar de tener PCR (-), pueden tener Anticuerpos VIH (+) hasta los 18 meses de vida.

VHB: Interpretación de los marcadores:

HBsAg (antígeno de superficie): Se lo utiliza para diagnosticar infección aguda o crónica.

HBs Ac (anticuerpo de superficie): Documenta respuesta a la vacuna. También su resultado positivo luego de la infección aguda confirma la curación.

IgM anticore: un resultado positivo, en pacientes con HBsAg (+) indica infección aguda. Persiste de por vida después de la infección, junto con el HBsAg (-) indica infección pasada.

También se debe descartar hepatitis C.

Sífilis: se debe tener en cuenta el examen físico.

VDRL (anticuerpo no treponémico) positiva: solicitar pruebas confirmatorias como FTA-ABS o el TPPA (anticuerpos treponémicos). Si no existe infección, los anticuerpos no treponémicos adquiridos por el RN en forma pasiva a través de la placenta desaparecerán a los 6 meses. Los anticuerpos treponémicos adquiridos pueden tardar hasta 18 meses en desaparecer.

El diagnóstico de certeza de sífilis congénita se efectúa mediante la identificación del *Treponema pallidum* por microscopía de campo oscuro en una muestra de placenta, cordón umbilical, líquido amniótico, lesiones de piel. Éste dependerá de una combinación de resultados de examen físico, exámenes radiológicos (Rx huesos largos) y serológicos. El seguimiento clínico del recién nacido de gestante con sífilis confirmada en el embarazo debe ser mensual con pruebas no treponémicas a los 1, 3, 6 y 12 meses o hasta negativización. Es fundamental la evaluación oftalmológica y auditiva, y un minucioso seguimiento del desarrollo madurativo.

Chagas: La serología no se utiliza los primeros 10 meses de vida como parte de la evaluación porque los Ac IgG no se pueden diferenciar de los anticuerpos maternos transmitidos pasivamente. La búsqueda de IgM específica tiene muy baja sensibilidad. En niños menores de 9 meses, se realiza diagnóstico parasitológico por métodos directos: presencia de *Trypanosoma Cruzi* en sangre por técnica de microhematocrito u otras. En niños mayores de 9 meses se requieren para el diagnóstico dos técnicas serológicas reactivas.