



Direcció Newsletter: Esther Grau, Diana Marre i Beatriz San Román · Redacció dels continguts d'aquest número: Natalia Barcons i Paola Galbany · Documentació: Anaïs Vidal · Traducció: Bruna Álvarez i Victòria Badia · Format i maquetació: Sofía Gaggiotti · Difusió: Maria Galizia.

[info.afin@afin.org.es](mailto:info.afin@afin.org.es)

ISSN: 2013-2956

## Adopción y Síndrome Alcohólico Fetal

Resultados recientes de investigaciones realizadas por el grupo de investigación AFIN –en el contexto de los proyectos I+D financiados por el gobierno español “Adopción internacional: la integración familiar y social de los menores adoptados internacionalmente. Perspectivas interdisciplinarias y comparativas” (2007-2009) y “Domestic and International Adoption: Family, Education and Belonging from Multidisciplinary and Comparative Perspectives” (2010-2012)– sobre la adaptación de niños y niñas procedentes de adopción internacional en España, difundidos en diversos artículos

científicos, señalan que quienes provienen de países de Europa del Este, en general, suelen presentar más dificultades de adaptación que la media. En uno de esos artículos –“International Adoption: Assessment of Adaptive and Maladaptive Behavior of Adopted Minors in Spain” (2011)–, N. Barcons *et al* señalaban que sus dificultades de atención, hiperactividad y aprendizaje, así como en sus relaciones interpersonales, suelen ser más habituales o frecuentes.

En el artículo, “Comparison of ADHD symptom levels in children adopted from Eastern

Europe and other countries: possible factors involved” (publicado en *Children and Youth Services Review*), Abrines, Barcons, Marre *et al.* (2012) comparan la sintomatología compatible con el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad de 93 niños y niñas procedentes de países de Europa del Este con la de 115 niños y niñas adoptados en otros países. Sus resultados indican que los/as primeros presentan puntuaciones más altas en hiperactividad, impulsividad e inatención.

Otro artículo de los/as mismos/as autores/as publicado en 2012 en *Attachment & Human*

*Development –“ADHD-like symptoms and attachment in internationally adopted children”–*, da cuenta de las dificultades que presentan los niños y niñas procedentes de Europa del Este en el desarrollo de un patrón de apego seguro, dificultades que se relacionan con síntomas de hiperactividad e inatención.

En “Attachment and adaptive skills in children of international adoption”, publicado en *Child and Family Social Work* por Barcons, Abrines, Marre *et al.* en 2012, estas dificultades en el desarrollo de un

patrón de apego seguro aparecen directamente vinculadas a las dificultades para adaptarse a realizar cambios en las rutinas de manera flexible, a pasar de una tarea a otra y a adaptarse a la comunidad y la escuela. Un patrón de apego inseguro que se vincula también con dificultades para relacionarse con padres, madres y compañeros/as, tal y como muestran los resultados publicados en el artículo “Social relationships in internationally adopted children” (*Children and Youth Services Review*) por Barcons, Abrines, Marre *et al.*

Estos resultados obtenidos por el grupo de investigación AFIN para España, son similares a los producidos en otros países, que confirman que quienes fueron adoptados en países de Europa del Este suelen presentar índices más elevados de problemas de conducta, agresividad y dificultades en las relaciones sociales, así como de diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención (con o sin Hiperactividad) y de prescripción de medicamentos.

También la demanda de servicios psicológicos por parte de familias que han adoptado en estos países es mayor al mismo tiempo que creciente, de acuerdo a los resultados de investigación de AFIN.



*Silia 1*



*Silia 2*

Los principales motivos de consulta son: problemas de conducta, síntomas de hiperactividad y problemas escolares relacionados con dificultades para mantener la atención.

Cada vez son más las voces expertas que advierten que estas dificultades podrían tener una explicación en el consumo de alcohol durante el embarazo. El término Trastornos del Espectro Alcohólico

Fetal –también conocido como FASD por sus siglas en inglés, *Fetal Alcohol Spectrum Disorder*– agrupa diferentes alteraciones que produce en el feto el alcohol que consume la mujer embarazada, que incluyen malformaciones y déficits neurológicos, cognitivos y conductuales que estarán presentes, de una u otra manera, a lo largo de toda la vida.

Los síntomas principales que presentan los niños y niñas con FASD son hiperactividad, déficits de atención, retrasos en el desarrollo, déficits cognitivos y dificulta-



Acordes

des de aprendizaje. Considerados aisladamente, esos síntomas pueden conducir a diagnósticos erróneos y, como consecuencia, a un tratamiento inadecuado e ineficaz, incluyendo tratamientos farmacológicos que no son efectivos. Un diagnóstico temprano y acertado permite, en cambio, conocer y comprender las dificultades del niño o niña y sus necesidades, así como desarrollar intervenciones que provean, tanto a la persona afectada como a su familia y entorno social, de herramientas necesarias para mejorar su bienestar general y autonomía.

España es uno de los países que más adopciones internacionales ha realizado desde 1995, de las que un 35% tuvieron lugar en países de Europa del Este, por lo que es necesario (in)formar a familias y profesionales sobre los posibles trastornos en niños y niñas expuestos a alcohol en etapa fetal así como sobre la importancia de un diagnóstico temprano y sobre las posibilidades terapéuticas y de acompañamiento con las que las personas afectadas y sus familias puedan mejorar su calidad de vida.

## ¿Qué es el FASD? Causas y consecuencias

Como ya hemos adelantado, el término Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal o FASD engloba diferentes trastornos que se relacionan con el consumo de alcohol durante el embarazo y que afectan al desarrollo neurológico del feto, provocando discapacidades que pueden ir de leves a muy graves. Según el criterio de expertos canadienses y americanos del *Institute of Medicine of the National Academy of Sciences* (IOM), los casos de FASD se clasifican en cuatro categorías:

1. Síndrome Alcohólico Fetal (FAS por sus siglas en inglés). Se manifiesta en un retraso en el crecimiento antes y después del nacimiento, determinados rasgos faciales y anomalías en el desarrollo del Sistema Nervioso Central (SNC).
2. El FAS parcial o pFAS. Se corresponde con aquellos casos en los que, a pesar de que existe una historia confirmada de consumo de alcohol materno, el niño o la niña no presenta todas las características faciales típicas del FAS, aunque tiene un retraso en el crecimiento, daños en el SNC y/o un

complejo patrón de comportamiento y alteraciones cognitivas que no son propias de su desarrollo ni se pueden explicar por la influencia de antecedentes familiares o factores medio ambientales.

3. Los trastornos del neurodesarrollo relacionados con el alcohol (ARND, por sus siglas en inglés).
4. Las malformaciones congénitas orgánicas relacionadas con el consumo de alcohol (ARBD).

Una imagen gráfica de esta tipología mostraría un iceberg cuya parte visible correspondería a los casos de FAS mientras que la sumergida correspondería a los demás casos que se incluyen en el FASD, es decir, aquellos con síntomas no visibles o muy poco evidentes y, por tanto, de difícil diagnóstico.

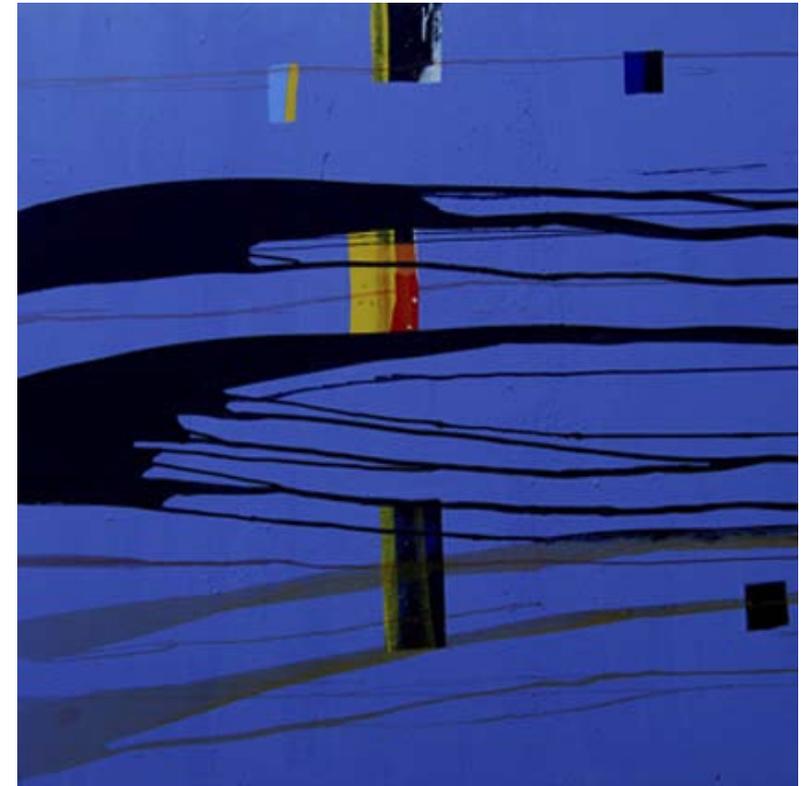
Las personas afectadas por FASD pueden padecer también discapacidades secundarias, como anomalías cardíacas, defectos urogenitales, anormalidades del esqueleto, problemas de visión y oído, microcefalia, trastornos mentales, convulsiones, sintomatología compatible con el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDA-H), déficits cognitivos, dificultades de aprendizaje y de memoria, fracaso

escolar, dificultades en el comportamiento social, problemas con la ley, conductas sexuales inapropiadas o problemas con el alcohol y las drogas.

La incidencia del FASD depende de cada país y varía de una región a otra en un mismo país e, incluso, en función del grupo social. La proporción de personas que padecen FASD a nivel mundial está estimada entre 9 y 10 de cada 1.000 personas nacidas vivas. Entre los factores que favorecen su aparición destacan los siguientes: problemas de salud de la madre antes y durante el embarazo, perfiles psicológicos con tendencia a las adicciones o al riesgo, déficits nutricionales, nivel socioeconómico bajo (que se relaciona con dificultades en el acceso a los servicios de salud y el tipo de cuidados prenatales), patrón de ingesta alcohólica (es decir, con qué frecuencia y en qué cantidades se consume alcohol), y consumo de otras drogas.

### Diagnóstico de FASD

El FASD puede manifestarse en determinadas características faciales. Sin embargo, es importante señalar que, de una parte, esas características no siempre son evidentes y, de otra, pueden ser confun-



*Interiores 1*

didas con las de otros síndromes o enfermedades y, también, con algunos rasgos fenotípicos de ciertos grupos.

Un diagnóstico más apropiado se realiza a través de evaluaciones históricas, físicas y neuroconductuales, realizadas por equipos profesionales multidisciplinares compuestos por médicos/as de diversas especialidades, enfermeros/as, psicólogos/as, genetistas y, a ser posible, tra-

bajadores/as sociales, antropólogos/as sociales, terapeutas ocupacionales y logopedas.

Con frecuencia, el FASD se confunde con el Trastorno por Déficit de Atención (con o sin Hiperactividad) y con los Trastornos del Espectro Autista, entre otros. La confusión en el diagnóstico da lugar a tratamientos inadecuados e incluso perjudiciales, como por ejemplo la administración de estimu-

### *Interiores 2*



lantes para el TDA-H, ineficaz en niños/as con FASD, y cuya consecuencia más grave es que retrasan una intervención adecuada en edades tempranas, con resultados más positivos.

A finales de los años noventa, Astley y Clarrren desarrollaron una estrategia de diagnóstico del FASD. Utilizando datos de la Red de Clínicas de Prevención y Diagnóstico del Síndrome de Alcoholismo Fetal del estado de Washington, crearon el Código de Diagnóstico de 4 Dígitos (4-DDC) que utiliza definiciones de casos específicos y escalas de medición cuantitativas objetivas y que actualmente se utiliza para el diagnóstico, detección y seguimiento del FASD en Estados Unidos y Canadá:

1. el desarrollo del peso y la altura;
2. ciertas características faciales (longitud de fisura palpebral, labio superior, filtro del surco naso-labial);
3. el desarrollo del Sistema Nervioso Central a través de signos neurológicos, la estructura del cerebro, las capacidades cognitivas, la comunicación receptiva y expresiva, el rendimiento académico, la memoria, el funcionamiento ejecutivo y el razonamiento abstracto, el déficit de atención/hiperactividad, la conducta adaptativa, las

habilidades sociales y la comunicación social;

4. la confirmación de la exposición fetal al alcohol.

En muchos casos, como en la adopción y el acogimiento, el diagnóstico con los 4 Dígitos no es posible en su totalidad por la falta de información cierta sobre el cuarto dígito, el referido a la exposición al alcohol durante la etapa fetal. En algunos informes de adopción, sobre todo en la adopción internacional, no se informa sobre el consumo de alcohol durante la etapa de gestación. En otras ocasiones, aparece junto a otros factores y patologías sobre los que existen dudas y a los que no se presta la atención suficiente o se consideran poco relevantes.

Aunque el sistema de los 4 Dígitos es de momento la herramienta más completa, es posible realizar diagnósticos que permiten intervenciones y acompañamientos tempranos de niños o niñas con FASD a través de los otros 3 dígitos, es decir, sin la necesidad de la confirmación del consumo de alcohol en etapa de gestación.

## El consumo de alcohol en Europa del Este

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa de consumo de alcohol en este área del mundo es una de las más altas. Las investigaciones realizadas aportan datos relevantes tanto sobre el consumo de alcohol como sobre la proporción de niños, niñas y adolescentes institucionalizados que padecen FAS y sobre la frecuencia del FASD en personas adoptadas que actualmente residen en otros países. A continuación se exponen brevemente los resultados de las investigaciones más relevantes.

En 2012, Balachova *et al.* llevaron a cabo un estudio en Rusia que examinaba los patrones de consumo entre mujeres en edad fértil. De acuerdo a sus resultados, el 89% de las mujeres no embarazadas afirmaron consumir alcohol y el 65% reportó haber bebido en exceso en los últimos tres meses. Las mujeres que deseaban quedar embarazadas consumían alcohol con un patrón similar al de aquellas que no tenían previsto un embarazo.

Landgren *et al.* (2010), en la investigación realizada en Suecia sobre el neurodesarrollo de un grupo de 71 niños y niñas

adoptados en Europa del Este, evaluados cinco años después de su adopción, halló que el 52% de ellos tenían FASD y el 51% déficit de atención/trastorno de hiperactividad. En 2006, los mismos autores publicaron sus resultados sobre 76 niños y niñas nacidos entre 1990 y 1995, adoptados en Suecia entre 1993 y 1997, y procedentes de Polonia, Rumania, Rusia, Estonia y Letonia. La principal causa de su ingreso en un "orfanato" había sido el abuso de alcohol por parte de la madre (un 29% de los casos), seguido de la pobreza (18%), problemas de salud mental como la esquizofrenia o retraso mental materno (16%) y otras razones específicas (12%) como la muerte materna, la edad de la madre (joven) o malformaciones del niño/a. En el 25% de los casos, la causa era desconocida.

Antes de ser adoptados, estos niños y niñas padecían, de acuerdo a sus informes médicos, enfermedades infecciosas, desórdenes en el desarrollo neurológico y retraso en el crecimiento. A su llegada a Suecia, un 75% tenía al menos un problema médico. Durante el periodo de seguimiento tras la adopción, 35 (46%) de ellos recibieron uno o más diagnósticos neuropsiquiátricos o del desarrollo



*Metamorfosis en acrílico*

neurológico: 6 (8%) tenían trastornos del espectro autista, 18 (24%) tenían trastornos de atención y del comportamiento, 16 (21%) alteraciones en las funciones cognitivas, 8 (11%) trastornos del lenguaje, 3 (4%) epilepsia y 2 (3%) parálisis cerebral. El FAS fue diagnosticado o considerado en 4 casos (5%).

Miller *et al.*, en una publicación de 2009, señalan que el 45% de los niños y niñas institucionalizados en orfanatos rusos tienen los fenotipos faciales intermedios propios de la exposición prenatal al alcohol, y el 13% presenta fenotipos faciales fuertes.

Robert *et al.* (2009), en una investigación realizada en Canadá con 29 niños y niñas adoptados en Europa del Este entre 1990 y 2005, hallaron que el 46% tenía microcefalia a su llegada a Canadá; cinco años después, el 24% todavía la tenía y el 7% presentaba un retraso en el crecimiento. De acuerdo con el Código de Diagnóstico de 4 Dígitos, el 7% de los niños (2) no presentaba ningún síntoma asociado al FASD, del 21% (6) se sabía que había sido expuestos al alcohol y uno fue clasificado con FAS parcial (con un peso y altura normal). Otros cinco presentaban daños neurológicos o desórdenes neuroconductuales y uno fue clasificado con FAS, aunque su exposición al alcohol era desconocida. Un 69% (20) presentaba solo anomalías físicas o anomalías neurológicas (con o sin características físicas apreciables).

Esta revisión de la literatura apoya la hipótesis de que algunas de las dificultades que encuentran los niños y niñas adoptados en países del Este de Europa podrían estar relacionadas con trastornos del desarrollo neurológico por exposición a alcohol en etapa fetal que, sin embargo, no suelen estar diagnosticadas.

## Intervenciones

Las conductas de un niño o niña con FASD pueden ser malinterpretadas, tanto en el entorno familiar como en su entorno escolar y social. En ocasiones, se cree que se comportan de determinada manera porque están reclamando atención, cuando en realidad lo que sucede es que tienen dificultades para comprender las instrucciones o las normas. A veces se considera que sus dificultades para interpretar las claves de funcionamiento de la interacción social y relacionarse con los demás son provocadas por ellos/as mismos/as a propósito. En otras ocasiones, cuando no saben trabajar de manera autónoma debido a sus dificultades para pasar de las instrucciones verbales a las acciones, se les etiqueta como "rebeldes".

Características como la impulsividad o la agresividad, son en realidad la expresión de dificultades de base –déficits en la comprensión de procesos causa/efecto o en el tránsito de una actividad a otra, por ejemplo–, que derivan de su inmadurez psicológica. Se trata de situaciones que serán diferentes en cada caso, por lo que las intervenciones deberían ajustarse a cada uno/a.

En Estados Unidos y Canadá existen diferentes centros y asociaciones que ofrecen una evaluación diagnóstica de FASD y apoyo a las personas y familias afectadas a través de un enfoque multidisciplinar. Su labor se centra en reducir el número de personas expuestas al alcohol durante la etapa prenatal a través de la prevención, así como en mejorar el rendimiento y la calidad de vida de las personas con FASD, facilitando su incorporación a la sociedad, la comprensión de su enfermedad y el manejo de sus capacidades diferenciales en las actividades de la vida diaria. Las



*Sin título*

intervenciones que realizan son diversas: servicios de prevención, diagnóstico, evaluación, seguimiento y acompañamiento –por ejemplo en periodos de transición como el ingreso en la escuela–, servicios de evaluación en comunidades alejadas, planes de cuidados personalizados, elaboración de guías clínicas que ofrecen información a ciudadanos/as y profesionales, así como grupos de intervención centrados en la familia que permiten mejorar las relaciones y aprender a vivir con capacidades diversas. También se ofrecen servicios de apoyo en el desarrollo del habla y del lenguaje para mejorar los problemas de comunicación de las personas afectadas, y servicios de consulta para quienes están implicados en los cuidados de personas con FASD, como por ejemplo educadores y médicos de atención primaria.

Las intervenciones y el tipo de acompañamiento se adecúan a cada caso concreto y deben contener un plan individualizado, con intervención familiar y coordinación con el entorno escolar. Los programas individualizados incluyen algunos elementos comunes, como limitar las estimulaciones que pueden causar distracciones inoportunas, establecer una planificación de rutinas que incluya los acontecimientos no



*Sin título*

esperados, adecuar el lenguaje a casos y ejemplos concretos –sin dobles sentidos ni ironías– o fomentar un aprendizaje multisensorial que pueda facilitar la estimulación de la memoria a largo plazo.

El soporte y acompañamiento a la familia resulta fundamental en todo el proceso, dado que el FASD es una condición que acompañará al hijo/a durante toda su vida.

## PARA REFLEXIONAR...

Los niños y niñas con FASD presentan unas características diferenciales y unas necesidades específicas que deben ser atendidas y diagnosticadas, a poder ser, de manera temprana.

La prevalencia de Trastornos del Síndrome Alcohólico Fetal en niñas y niños adoptados, principalmente –pero no de manera exclusiva– en países de Europa del Este, debe ser considerada cuando un niño o niña atraviesa dificultades que, de otra manera, podrían ser malinterpretadas o infravaloradas.

El diagnóstico temprano y una intervención intensiva y apropiada influyen de manera decisiva en el pronóstico para el niño/a y en la prevención de dificultades secundarias.

El FASD es un trastorno que estará presente a lo largo de la vida de la persona afectada, por lo que es importante dotarla de los recursos y estrategias necesarias para fomentar su desarrollo con todas sus potencialidades y su máxima autonomía lo antes posible, lo que repercutirá en su propio bienestar y en el de su familia y entorno social.

El FASD es un trastorno totalmente prevenible con la abstinencia total de consumo de alcohol cuando se planifica un embarazo y durante el transcurso del mismo. La falta de información o la minimización de los efectos del alcohol en el feto pueden tener consecuencias nefastas para el mismo que son totalmente evitables.

## LINKS DE INTERÉS

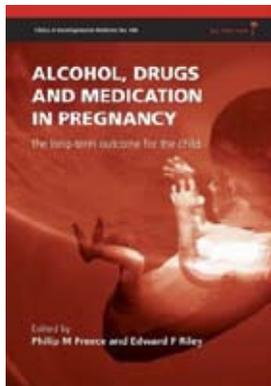
[National Organization of Fetal Alcohol Syndrome](#)

[FAS Aware](#)

[Centro para la excelencia SAMSHA](#)

[Recursos para padres y madres en torno al FASD](#)

## PARA LEER...



[Alcohol, Drugs and Medication in Pregnancy: The Long Term Outcome for the Child.](#)

Preece, P.  
y Riley, E.P. (Eds.).  
Wiley, 2011.

## INVESTIGACIÓN

### “EVALUACIÓN DE TRASTORNOS DEL SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL EN ADOPCIÓN INTERNACIONAL”

El Grupo AFIN inicia una investigación específica sobre la detección de Trastornos del Síndrome Alcohólico Fetal en niños, niñas y adolescentes provenientes de adopción internacional.

Los datos aportados por las investigaciones realizadas por AFIN apuntan a que los niños/as provenientes de Europa del Este parecen manifestar mayores índices de dificultades relacionadas con conducta hiperactiva, de atención, en las relaciones con los padres y los compañeros en la escuela, y de aprendizaje, que los que han sido adoptados en otros lugares.

La hipótesis de la presencia de Trastornos del Síndrome Alcohólico Fetal, todavía sin diagnosticar, avalada tanto por nuestros resultados como por los de investigaciones internacionales, nos conduce a iniciar una evaluación específica para poder detectar el trastorno y asesorar a las familias con la finalidad de mejorar la autonomía y el bienestar de estos chicos y chicas.

La investigación está abierta a todas aquellas familias que tengan interés en participar, con hijos de edades comprendidas entre los 6 y los 16 años, y que hayan convivido con sus familias adoptivas un mínimo de dos años. La evaluación se realizará en diferentes ciudades de España.

Para tener más información sobre la investigación, pueden ponerse en contacto con:

**Grupo de Investigación AFIN:** Tel.: +34 935814640

Facultat de Lletres. EdificiB. 1º Piso. Despacho B9-133

Universitat Autònoma de Barcelona

08193Bellaterra (Cerdanyola del Vallès). España/Spain

**Personas de contacto:**

Natalia Barcons. T. 660862919. nataliabarcons@gmail.com

Beatriz San Román. Beatriz.SanRoman@e-campus.uab.cat

Paola Galbany. Paola.Galbany@uab.cat

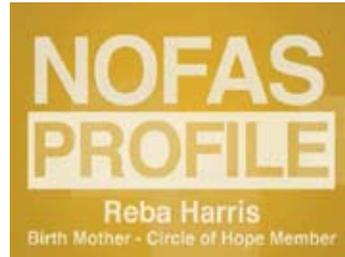
CRIA: Esther Grau y Rosa Mora. egrau@criafamilia.org - rmora@criafamilia.org

Lila Parrondo. lilaparrondo@yahoo.es

## PARA VER...

[Matthew's Story](#)

El FASD contado por una persona que lo padece.

[La historia de Reba](#)

La madre de nacimiento de una persona con FASD cuenta su experiencia.

## EVENTOS DE INTERÉS

[Second European Conference on FASD – Fetal Alcohol Spectrum Disorders: clinical and biochemical diagnosis, screening and follow-up.](#)

Barcelona, del 21 al 24 de Octubre, 2012.  
Parc de Recerca Biomèdica de Barcelona

[Nuevas miradas a la adopción en/como riesgo.](#) VI Congreso AFIN. Valladolid, 23 y 24 de Noviembre.

### ¡La Newsletter AFIN rejuvenece!

Por ello, quienes tengan entre 15 y 18 años, formen parte de una familia adoptiva, y estén interesados/as en participar en la realización de una primera Newsletter con tema central en la adopción, pueden contactar con nosotros ya que uno de los próximos números de la Newsletter estará dedicado a la adopción desde la perspectiva de los/as jóvenes.

Será un número elaborado y editado por personas que forman parte de familias adoptivas, cuya realización será a través de maneras diversas y propias (dibujo y pintura, músicas y letras de canciones, fotografía, escritos y poemas, gastronomía, informática, aprendizajes e intereses diversos a los que esta-

mos abiertos). Si tienes entre 15 y 18 años y deseas participar en esta Newsletter aportando tu mirada a través de algún medio de expresión, contacta por email con Afin ([info.afin@gmail.com](mailto:info.afin@gmail.com)) o con Esther Grau ([egrau@criafamilia.org](mailto:egrau@criafamilia.org)).

Nos encontraremos en Barcelona semanalmente un mínimo de cuatro tardes, durante los meses de Noviembre-Diciembre de 2012, en horario a concretar en la Asociación CRIA. Para quienes vivís lejos de Barcelona y queráis formar parte del equipo, existe también la posibilidad de participar aportando vuestras ideas on-line. No dudéis en contactar para cualquier cuestión.

CINE FÓRUM: **Una vida nueva**

Lecomte, O. 2012. **Una vida nueva**

CRIA y AFIN organizan, para el próximo día miércoles 14 de Noviembre a las 19:30h, una sesión de cine fórum en Cinemes Girona de Barcelona, durante la cual se proyectará la película *Una vida nueva* y luego habrá un coloquio.

**Sinopsis:**

Jinhee es una niña coreana de 9 años a quien su padre deja en un orfanato. La película, de la directora Ounie Lecomte –también ella nacida en Corea y adoptada a los 9 años por una familia con quien se traslada a Francia– muestra el proceso de duelo que hace la pequeña hasta que es adoptada por una nueva familia.

Miércoles 14 de noviembre a las 19:30 h.

Lugar: Cinemes Girona. Calle Girona, 173, 08025 Barcelona

Precio: 5,50 €

## SOBRE LAS AUTORAS DE LOS TEXTOS

### Natalia Barcons Castel

es licenciada en Psicología y doctora cum laude con Mención de Doctor Europeo en Psicología Clínica y de la Salud por la Universidad Autónoma de Barcelona. Desde el año 2008 forma parte del grupo de investigación AFIN, donde ha llevado a cabo una investigación con niños y niñas adoptados que ha conducido a la publicación de diversos artículos científicos. Actualmente, continúa desarrollando la investigación "Adolescencia y Adopción" y coordinará la relacionada con los Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (FASD). Se trata de tareas de investigación que combina con la práctica clínica en el [Gabinete de Psicología Grap](#).

### Paola Galbany Estragués

es licenciada en Antropología y doctora en Enfermería. Desde el año 2011 forma parte del grupo de investigación AFIN. Es profesora del grado en Enfermería, en la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), donde coordina las asignaturas de Evolución de los Cuidados y Pensamiento Enfermero, Bases Metodológicas de la Enfermería, y Bases Éticas, Gestión y Calidad de los Servicios

## SOBRE EL AUTOR DE LAS ILUSTRACIONES

### Fernando de Quirós, el pintor de jazz

"Cuando conocí a Fernando de Quirós, este vivía en el corazón de Madrid, en plena Calle Mayor. Era una casa minúscula, con apenas dos habitaciones, de las cuales una estaba literalmente tomada por el taller del pintor. Toda la casa respiraba olor a pintura, mientras que el ruido del incesante tráfico formaba parte día y noche del decorado.

Lo que sí impresionaba en esta pequeña estancia, eran unos lienzos altísimos, que estaban tensados sobre marcos de madera donde se enfrentaban colores y líneas. A veces, hasta parecía una pelea. Los colores llenos de contraste gritaban para atraer la atención del visitante, en líneas y planos que abarcaban todas las direcciones; en vertical, horizontal o diagonal, a veces en todos los sentidos a la vez. Como una explosión de colores y formas. En otros lienzos, las líneas y los colores aspiraban a la armonía, como si pretendieran defenderse entre ellos. Pinturas a la búsqueda de protección. (...)

Gran amante del jazz, Fernando de Quirós lo lleva a sus obras pictóricas, donde expresándolo en terminología de jazz, los planos de colores imponen el ritmo, las líneas y las salpicaduras ofrecen la melodía. Y también aquí la improvisación es la palabra clave. Por ello sus obras se balancean en la frontera entre la armonía pictórica y la expresión más abierta y libre.

La comparación de sus obras con el jazz es algo más que una metáfora gratuita; dado que, en años consecutivos, algunas de sus pinturas han servido para ilustrar carteles de conciertos del festival de jazz Warande en Turnhout, Bélgica. (...) No es de extrañar entonces que en un ensayo sobre creatividad, publicado en el verano de 2008 en la revista mensual francesa *Jazzman*, de Quirós escribiera: '*Digan lo que digan, la música de jazz debe su éxito a la técnica de la improvisación, que procura el dominio absoluto de la armonía funcional*'. Si esta cita no hablara de jazz, sino de la obra de Fernando de Quirós, no podría haber resumido más adecuadamente su obra pictórica".

Toon Horsten

Puede verse la obra del artista en el siguiente enlace [www.fernandodequiros.com](http://www.fernandodequiros.com).

VI Congreso Internacional AFIN:  
**Nuevas miradas a la  
 adopción en/como riesgo**



Coincidiendo con la finalización del proyecto de I+D *Adopción Internacional y Nacional: Familia, educación y pertenencia: perspectivas interdisciplinarias y comparativas* (CSO2009-14763-C03-01-subprograma SOCI, Ministerio de Economía y Competitividad, 2010-2012), el Grupo Afín celebrará su VI Congreso Internacional los próximos 23 y 24 de noviembre en Valladolid. Con esa celebración también se inicia un nuevo proyecto I+D, *Adoptions and fosterages in Spain: tracing challenges, opportunities and problems in the social and family lives of children and adolescents* (CSO2012-39593-C02-00, Ministerio de Economía y Competitividad, 2013-2015).

PROGRAMA VI CONGRESO INTERNACIONAL AFIN  
**NUEVAS MIRADAS A LA ADOCIÓN EN/COMO RIESGO**

Lugar de celebración: Salón de Actos del ESAUM II (c/ Rigoberto Cortejoso, 14, 47014 Valladolid).  
 Idiomas del congreso: Castellano e inglés. Habrá servicio de traducción simultánea en todas las sesiones.

VIERNES 23 DE NOVIEMBRE

**8:30-9:30 Acreditaciones**

**9:30-10:15: Apertura**

- Presentación
- DIANA MARRE  
 Doctora en Antropología. UAB/ AFIN

**10:15-11:15**

**Raza, etnicidad y orígenes**

- BEATRIZ SAN ROMÁN  
 Doctoranda en Psicología Social. UAB/ AFIN.
- KATRIEN DE GRAEVE  
 Doctora en Comparative Sciences of Culture.  
 Ghent University, Bélgica.
- GINA BACON  
 Adoptada en Corea por una familia  
 estadounidense. Máster en Ciencia, University  
 of Utah, EE.UU.

11:15-11:45 pausa café

**11:45-12:45**

**TDAH: ¿déficit o falta de atención?**

- NEUS ABRINES  
 Doctora en Psicología. EBPU, Anna Freud  
 Centre, University College London/ AFIN.
- JORDI ARTIGUE  
 Doctor en Psicología y Psicoterapeuta. Centro  
 de Salud Mental Infanto-Juvenil de St. Martín  
 Sur - ICS Barcelona.
- JOSÉ LUIS PEDREIRA  
 Psiquiatra y Psicoterapeuta. Hospital Infantil  
 Universitario Niño Jesús.

12:45-13:00 pausa comfort

**13:00-14:00**

**(Con)vivir con SAF**

- ROSA MORA . Psicóloga Clínica. CRIA/ AFIN.
- ORIOL VALL  
 Médico, Pediatra del Servicio de Pediatría del  
 Hospital del Mar/ UAB.
- MAGNUS LANDGREN  
 Doctor en Pediatría. Depto de Neurodesarrollo  
 Pediátrico, Skaraborg Hospital, Suecia.

14:00-16:00 pausa comida

**16:00-17:00**

**Repensando las rupturas y las crisis**

- ESTHER GRAU  
Psicóloga Clínica. CRIA/ AFIN
- CORO JIMÉNEZ  
Madre adoptiva
- INÉS Y PERE  
Padres adoptivos

**17:00-18:00:**

**Gestación subrogada, ¿entre la reproducción biológica y la adoptiva?**

- CARMEN LÓPEZ  
Doctora en Antropología Social. UB/ AFIN
- MARCIN SMIETANA  
Doctor en Sociología. AFIN
- VICENT BORRÁS  
Padre por subrogación y Doctor en Sociología. UAB

18:00-18:30 pausa café

**18:30-19:45**

**Afrontando el después en las adopciones “irregulares”**

- M<sup>a</sup> JOSÉ RODRÍGUEZ  
Doctora en Sociología. Univ. de Alicante/ AFIN
- DAVID SMOLIN  
Director del Center for Biotechnology, Law, and Ethics, Samford University, EE.UU.
- CARLA VILLALTA  
Doctora en Antropología Social. Universidad de Buenos Aires/ CONICET, Argentina
- ANTONIO BARROSO. Presidente de ANADIR

SÁBADO 24 DE NOVIEMBRE

**09:30-10:30**

**Revisando la Teoría del Apego**

- LILA PARRONDO  
Psicóloga Clínica. Adoptantis/ AFIN
- JENNIE BRISTOW  
Doctoranda en Sociología. School of Social Policy, Sociology and Social Research, University of Kent, Reino Unido
- STUART DERBYSHIRE  
Doctor en Psicología. University of Birmingham, Reino Unido

10:30-10:45 pausa comfort

**10:45-11:45**

**Reencuentros y atracción sexual genética**

- DIANA MARRE  
Doctora en Antropología. Universitat Autònoma de Barcelona/ AFIN
- CARLY SULLENS  
Cofundadora de SOAR: Voices of GSA, EE.UU.
- JULIE DENEEN  
Cofundadora de SOAR: Voices of GSA, EE.UU.

11:45-12:15 pausa café

**12:15-13:15**

**Sobre terapias, tratamientos y acompañamientos: Shared Decision Making**

- NATALIA BARCONS  
Doctora en Psicología. Universitat Autònoma de Barcelona/ AFIN
- ERIN WRIGHT  
Young Minds, Reino Unido
- NEUS ABRINES  
Doctora en Psicología. Evidence Based Practice Unit, Anna Freud Centre, University College London/ AFIN

13:15-13:30 pausa comfort

**13:30-14:00 Cierre**

En breve, más información en [nuestra página web](#).

