

Programa de identificación del riesgo psicosocial en la infancia y la adolescencia (II)



José Ignacio Pérez Candás¹, Grupo de Pediatría Social y Comunitaria AEPap²

¹Pediatra. Coordinador del Grupo de Pediatría Social y Comunitaria de la AEPap. Asturias

²Ángel Carrasco Sanz (Pediatra), M.ª Neri Iglesias Fernández (Trabajadora Social Sanitaria),

M.ª de los Ángeles Ordóñez Alonso (Pediatra), Narcisa Palomino Urda (Pediatra),

José Ignacio Pérez Candás (Pediatra, Coordinador), Javier Soriano Faura (Pediatra), Eva Suárez Vicent (Pediatra)

PUNTOS CLAVE

- En España la mayor parte de las políticas sociales son desarrolladas a nivel autonómico y municipal.
- Los pediatras deben incorporar a su acervo curricular y a su práctica clínica la identificación del riesgo psicosocial.
- En la identificación del riesgo psicosocial deben considerarse varios ámbitos: el personal del propio menor, el de los progenitores, y el sociocultural del menor, de la familia y su entorno comunitario.
- La identificación universal y temprana del riesgo psicosocial y la evaluación de la vulnerabilidad, permitirá la prevención de muchas situaciones que pueden derivar en problemas de diversa índole a lo largo de la vida.
- Las familias en dificultades deberán seguirse en consulta. Podría ser necesario el trabajo multidisciplinar, sobre todo con trabajo social sanitario, para implementar las medidas disponibles que mejoren la situación detectada. Así mismo puede ser necesario trabajar con otras instancias como: atención temprana, salud mental infantil y otras disciplinas como el sector educativo que tienen especial relevancia.
- Trabajo social sanitario debe coordinar todas las actuaciones, pero especialmente aquellas que involucren otros espacios de atención susceptibles de ser conside-

rados como: otros servicios sociales, ámbito educativo, judicial, fuerzas y cuerpos de seguridad, etc.

“Las ideas solo son importantes en función de lo que se puede hacer con ellas.”

Michael Cole

En el capítulo uno de esta serie sobre la identificación del riesgo psicosocial hemos abordado la situación actual de la infancia a nivel mundial en relación con los determinantes sociales de la salud, y especialmente, en relación con los del riesgo psicosocial en niños y adolescentes. También abordamos los factores determinantes del riesgo y de protección del riesgo psicosocial. Así mismo expusimos diversas maneras de abordar esta problemática en el mundo occidental por parte de entidades estatales, en colaboración, en muchas ocasiones, con el ámbito privado.

Vamos a contemplar en este segundo capítulo la situación en España. A continuación, abordaremos la herramienta clínica que hemos desarrollado para la identificación del riesgo psicosocial, que parte de un cuestionario que permite la identificación del riesgo. También comenzaremos con la descripción de los determinantes del riesgo incluidos en el cuestionario y la evidencia que soporta su inclusión en el mismo, así como las derivaciones o intervenciones en cada situación.

Cómo citar este artículo: Pérez Candás JI, Grupo de Pediatría Social y Comunitaria AEPap. Programa de identificación del riesgo psicosocial en la infancia y la adolescencia (II). Form Act Pediatr Aten Prim. 2022;15(4):153-60.

SITUACIÓN EN ESPAÑA

En España, las políticas contra la vulnerabilidad infantil se llevan a cabo por organismos autonómicos y municipales. Esto potencia la falta de coordinación, con la dificultad añadida para medir y evaluar los resultados. Necesitamos hacer políticas de Estado que palien estos déficits^{1,2}. La Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio de 2021, de Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia frente a la violencia (LOPIVI)³ puede ser un buen indicador del camino a seguir.

El liderazgo del proceso corresponde al Estado a nivel central, debiendo ser el que asuma la mayor responsabilidad de las políticas, coordinando los niveles estatales autonómicos, que debieran, a su vez, coordinar las políticas municipales.

Deberían desarrollarse programas basados en la mejor evidencia disponible, con una evaluación periódica de los resultados para la mejora de la eficacia de los programas implementados.

Se necesita el compromiso de los profesionales que trabajan con menores: sanitarios, educadores, asistencia social sanitaria y específica de menores, ámbito de la justicia, etc. Deben trabajar en equipos multidisciplinares siempre que sea necesario. Para ello deberán desarrollarse los procedimientos legales adecuados que permitan conciliar la necesaria coordinación con el respeto insoslayable de los derechos individuales, como la intimidad, el honor o el secreto profesional. Para salvaguardar todos estos aspectos, parece lo más adecuado que las trabajadoras sociales sanitarias efectuaran el papel coordinador entre las diferentes instancias cuando se deba realizar un trabajo interdisciplinario y en diferentes ámbitos que incluyan los extra sanitarios, dado que el acceso a la historia clínica pediátrica debe estar justificado, y está limitado, en el ámbito sanitario, a las personas intervinientes en cada momento según las necesidades del menor, salvo orden judicial en otro sentido.

Es necesario que los profesionales tengan en sus agendas tramos reservados para tareas en este ámbito de identificación y seguimiento del riesgo psicosocial. Las agendas de los profesionales no pueden estar al servicio, exclusivamente, del abordaje clínico tradicional. Además, sería razonable una formación específica en este campo del pediatra y la enfermera de pediatría de atención primaria. Finalmente, estas familias necesitan un seguimiento cercano para brindarles todo el apoyo necesario.

CONSIDERACIONES GENERALES EN EL ÁMBITO DEL RIESGO PSICOSOCIAL

1. Si bien los Objetivos para el Desarrollo Sostenible (ODS) se diseñaron minuciosamente y se moldearon en una estrategia global con sólidas relaciones costo-beneficio para invertir en mujeres y niños, la implementación correspondiente ha sido decepcionante y desarticulada, carente de compromiso político y recursos. El secretario general de la Organización de Naciones Unidas abandonó su patrocinio de la iniciativa de la OMS. Los muy promocionados esfuerzos de la OMS en el marco de la Cobertura Universal de Salud apenas mencionan a los niños, y los recursos de FNUI (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) para programas básicos de salud y desarrollo infantil se han estancado. A mitad del período de los ODS, la mayoría de los países y los programas globales siguen enfocados en enfermedades específicas y franjas de edad en la infancia, en lugar del continuo de edades y la integración de los períodos de niños y adolescentes. Muchos países aún están comenzando a localizar los ODS y desarrollar objetivos nacionales concretos, y pocos cuentan con una estrategia integral de salud del niño y del adolescente. Todo esto acarrea más riesgo de exclusión y vulnerabilidad de la infancia y la adolescencia⁴. Aunque la situación es poco alentadora, los profesionales que trabajan con menores deben movilizar los recursos disponibles cercanos para mejorar la situación de los menores que tienen a su cuidado, sobre todo de los más vulnerables.
2. El capital humano requiere una base de salud, conocimiento, habilidades y aprendizaje, adquiridos desde la concepción hasta los 20 años; para ello, el crecimiento y desarrollo saludables desde la concepción hasta el segundo cumpleaños son cruciales⁴. Los procesos biológicos, ambientales y conductuales interactivos que determinan la salud integral y el desarrollo de un niño operan a través de períodos decisivos y sensibles. Los factores que preceden a la concepción y las exposiciones en los períodos prenatal y postnatal temprano sientan las bases para la salud y el bienestar futuros⁴.
3. El cuidado cariñoso y sensible es un marco dinámico basado en evidencia, que se propuso inicialmente para desarrollar las políticas que garantizarían que los niños pequeños pudieran alcanzar su pleno potencial de desarrollo. El cuidado cariñoso y sensible se activa a través de un entorno estable y comportamientos que aseguran

una buena salud y nutrición, brindan protección contra las amenazas y aseguran oportunidades de aprendizaje a través de relaciones que son emocionalmente receptivas y de apoyo. Como marco dinámico, el cuidado cariñoso y sensible responde a mecanismos que mitigan las adversidades, mejoran la resiliencia y promueven el bienestar de los grupos marginados⁴ (Figura 1).

4. La exclusión acarrea graves costes a la sociedad.
5. La infancia en exclusión sufre un retraso en el proceso de maduración físico, psíquico, afectivo y relacional. Estos niños sufren secuelas graves porque, además del padecimiento del presente, tendrán limitadas su autonomía y capacidades en la edad adulta.
6. La exclusión suele ser consecuencia de la invisibilidad. Para solucionar un problema hay que tener conocimiento de este. La exclusión se empieza a combatir si hay datos suficientes para la toma racional de decisiones.
7. Los efectos negativos pueden continuar en el adulto y transmitirse a la descendencia. Se transmitirán valores, visiones del mundo y conductas inducidas desde la infancia, de manera que es fácil que se inicie un círculo vicioso que dificulta la salida de la exclusión. En este círculo en que ha entrado la persona, ha incorporado detalles específicos a su personalidad que pueden llevar a pautas culturales específicas de familias o grupos de población. De esta forma, en ocasiones, su prolongación en el tiempo a través de generaciones desdibuja los orígenes y acaba ocultando y difuminando las causas macrosociales del comportamiento⁵.
8. Necesitamos estudios sobre la definición de los diferentes problemas, en las comunidades, en las personas que trabajan en estos ámbitos y en los centros de atención. Es necesario conocer los diferentes puntos de vista de los

interesados y sus experiencias para desarrollar definiciones alternativas y movilizar nuevas energías. Hay que evaluar los pros y contras de las diferentes opciones.

9. Necesitamos que estas evaluaciones rigurosas, con estudios costo-beneficio, ayuden a seleccionar, entre las diversas intervenciones, las más eficaces y las que tengan mejor evidencia entre las disponibles, ya que los recursos son limitados.
10. Necesitamos investigación sobre las barreras y facilitadores de la implementación.
11. La prevalencia de la distocia social y la repercusión que tiene en la salud en sentido amplio exigen prevención para limitar la vulnerabilidad de estas familias. Para ello es necesario una detección precoz con un despistaje universal.

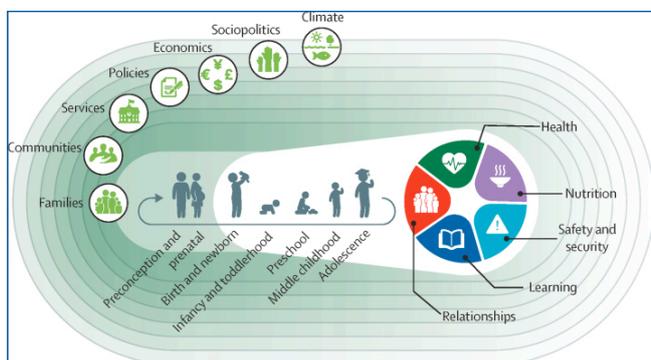
Dado que los riesgos psicosociales pueden ser encauzados y en ocasiones pueden resolverse o delimitarse, dado que teniendo en cuenta a estos niños les ofrecemos oportunidades para ser valiosos a la sociedad, dado que en todos los casos estas familias van a necesitar de una forma muy especial nuestro apoyo, y aunque el camino no será fácil, como profesionales dedicados al cuidado de menores debemos poner todo nuestro esfuerzo para que los niños con dificultades en estos ámbitos puedan realizarse como personas y cumplir sus expectativas vitales.

La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) de la OMS¹ marcó el camino por esta senda, pero atraviesa dificultades por causa de la COVID-19 y la falta de impulso evidente, incluso el abandono del apoyo por parte del secretario general de la ONU⁴.

La atención sanitaria del siglo XXI tiene sus propios desafíos que deben enfrentarse: la identificación del riesgo psicosocial —y, por tanto, de la potencial vulnerabilidad— y su seguimiento deben incorporarse a las agendas pediátricas de atención primaria para dar cumplimiento al principio de salud integral para todos los niños y adolescentes^{6,7}.

¿QUÉ MÁS PODEMOS HACER DESDE LA ATENCIÓN SANITARIA PEDIÁTRICA?

Para ello hemos desarrollado una herramienta clínica⁸ que parte de una anamnesis realizada a los menores —siempre que su edad y estado clínico lo permita—, a sus familias, o a ambos, mediante un cuestionario sobre factores relacionados con el riesgo psicosocial, sustentados en la evidencia científica y que abarcan tres dimensiones del riesgo psicosocial:



Fuente: Health and development from preconception to 20 years of age and human capital.

Figura 1. El marco del cuidado cariñoso y sensible desde la pre concepción hasta la adolescencia.

- Personales propios del menor.
- De los progenitores.
- Socioculturales del menor y de su entorno familiar y comunitario.

Y tres grupos de edad para implementarla:

- Menores de 4 años.
- De 4 a 8 años.
- Mayores de 8 años.

La herramienta clínica permite la identificación del riesgo psicosocial para poder poner en marcha los apoyos necesarios para corregir o atenuar las consecuencias de la situación detectada, realizar el seguimiento en consulta, así como la valoración de la oportuna derivación a la instancia adecuada si estuviera indicado⁸.

La identificación de los factores de riesgo también apoyaría la implementación de políticas basadas en la evidencia científica a partir de trabajos de investigación sobre los datos registrados en las historias clínicas, con las debidas salvaguardas éticas⁹.

Pero la existencia de factores de riesgo no implica necesariamente que se vayan a producir, inexorablemente, aconteci-

mientos adversos en el discurrir de la vida de estos menores. Muchos de ellos, por la resiliencia propia y la de sus familias, tendrán un desempeño normal.

Para la recogida de los datos del cuestionario en consulta deberá proveerse un ambiente cálido y acogedor, informando a las familias que el cuestionario que se va a realizar tiene tanta importancia como la anamnesis sobre los antecedentes personales y familiares. Las familias deben ser informadas de que el objetivo es evaluar las necesidades del menor y de su entorno en el ámbito psicosocial y de los determinantes sociales de la salud. Debemos hacer llegar a las familias la importancia de que una valoración integral de la salud, y la educación para mantenerla, son objetivos inexcusables para un profesional sanitario de atención primaria pediátrica, y que después de la valoración, si fuera necesario, procederíamos a movilizar los recursos a nuestro alcance para la resolución o la mejora de la problemática que se pudiera detectar.

Siempre se deben respetar los deseos de la familia y el menor, que deberá escucharse siempre y tenida en cuenta su opinión si consideramos que cumple criterios de madurez para la decisión que desea tomar¹⁰.

Tabla 1. Cuestionario de identificación del riesgo psicosocial en menores de 4 años

Factores personales	Factores socioculturales	Factores de los progenitores
Prematuridad	Inmigración: adaptación deficitaria	Violencia de género
Parto traumático: asfíxia/hipoxia perinatal	Marginalidad y/o riesgo de esta: falta de vivienda o condiciones deficitarias, precariedad económica, barreras socioculturales, precariedad laboral, desempleo de larga duración	Progenitores adolescentes y/o inmaduros
Malformaciones congénitas	Riesgo de mutilación genital femenina	Embarazo no controlado
Adopción y/o acogimiento	Las actitudes discriminatorias por razón de género, edad o discapacidad	Hijo no deseado
Retraso/déficit psicomotor	No aceptación de la orientación sexual, identidad de género o las características sexuales	Crisis familiares, especialmente las provocadas por la ruptura familiar
Alteraciones de la conducta/psicológicas	Evolución negativa de los programas de intervención	Progenitores o cuidadores institucionalizados o con antecedentes de ello
Discapacidad	La existencia de un hermano o hermana declarado en situación de riesgo o desamparo	Familia monoparental
Carencia afectiva	La hiperfrecuentación de los servicios sanitarios no justificados, y, sobre todo, los ingresos reiterados no justificados	Hábitos tóxicos
Conducta antisocial	Aislamiento social, falta de redes de apoyo	Antecedentes familiares de maltrato infantil
Absentismo escolar. En familias de riesgo y con escolarización precoz por este motivo		Factores de salud u otros limitantes para un buen desempeño en la vida
Factores de salud u otros limitantes para un buen desempeño en la vida		Enfermedad mental
Historia de maltrato (según criterios de LOPIVI)		Madre víctima de trata
		Falta de habilidades parentales

Tabla 2. Cuestionario de identificación del riesgo psicosocial de 4-8 años

Factores personales	Factores socioculturales	Factores de los progenitores
Prematuridad	Inmigración: insuficiente adaptación	Violencia de género
Parto traumático: asfixia/hipoxia perinatal	Marginalidad y/o riesgo de esta: falta de vivienda o condiciones deficitarias, precariedad económica, barreras socioculturales, precariedad laboral	Progenitores adolescentes y/o inmaduros
Malformaciones congénitas	Acoso entre iguales	Embarazo no controlado
Adopción y/o acogimiento	Riesgo de mutilación genital femenina	Hijo no deseado
Retraso psicomotor	Las actitudes discriminatorias por razón de género, edad o discapacidad	Crisis familiares, especialmente, las provocadas por la ruptura familiar
Alteraciones de la conducta/psicológicas	No aceptación de la orientación sexual, identidad de género o las características sexuales	Progenitores o cuidadores institucionalizados o con antecedentes de ello
Discapacidad	Evolución negativa de los programas de intervención	Familia monoparental
Carencia afectiva	La existencia de un hermano o hermana declarado en situación de riesgo o desamparo	Hábitos tóxicos
Conducta antisocial	La hiperfrecuentación de atención sanitaria pública o privada no justificada, y, especialmente los ingresos en instituciones sanitarias reiterados no justificados	Antecedentes familiares de maltrato infantil
Absentismo escolar en menores de 6 años, si es una familia de riesgo y se ha indicado la escolarización precoz	Aislamiento social, falta de redes de apoyo	Factores de salud u otros limitantes para un buen desempeño en la vida
Factores de salud u otros limitantes para un buen desempeño en la vida		Enfermedad mental
Historia de maltrato. (según criterios de LOPIVI)		Madre víctima de trata
		Falta de habilidades parentales

El cuestionario debe realizarse, preferiblemente, dentro de las visitas programadas del programa de salud infantil, pero también se podría realizar en cualquier otra situación que lo aconseje, de manera que debe ser un programa que debe permitir, a la vez, desplegarse con el programa de salud infantil, pero también implementarse independientemente. Este aspecto tiene especial relevancia al adaptar el programa al ámbito de la historia clínica electrónica.

El programa permite identificar, y por tanto prevenir, situaciones de riesgo de maltrato infantil porque están incluidos en él los indicadores de riesgo de maltrato que establece la LOPIVI y debe ser complementario a un programa específico con identificadores de maltrato infantil para detectar y notificar estos casos.

Para el desarrollo de estas actividades preventivas, típicas de la pediatría en atención primaria, creemos que es un buen modelo el Plan Personal Jerárquico de Atención Sanitaria a la Infancia y la Adolescencia del Principado de Asturias (PPJ-ASIA)⁸, impulsado desde la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria (AAPap) en colaboración con el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), y en el que las actividades

preventivas en pediatría de atención primaria se compendian en tres programas independientes, pero ligados en un proyecto conjunto de carácter preventivo (PPJ-ASIA):

- Programa de Salud Infantil.
- Programa de Identificación del Riesgo Psicosocial.
- Programa de Detección y Notificación del Maltrato Infantil.

A continuación, vamos a revisar cada uno de los factores de riesgo, a la luz de la evidencia científica disponible, que apoya su inclusión como factor determinante del riesgo psicosocial. También revisaremos la actitud a adoptar en cada caso y las derivaciones potenciales que se pudieran plantear.

FACTORES PERSONALES DE RIESGO PSICOSOCIAL

Prematuridad

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁰, cada año nacen en el mundo alrededor de 15 millones de bebés

Tabla 3. Cuestionario de identificación del riesgo psicosocial para mayores de 8 años

Factores personales	Factores socioculturales	Factores de los progenitores
Prematuridad	Inmigración: insuficiente adaptación	Violencia doméstica o de género
Parto traumático: asfíxia/hipoxia perinatal	Marginalidad y/o riesgo de esta: falta de vivienda o condiciones deficitarias, precariedad económica, barreras socioculturales, precariedad laboral, desempleo de larga duración	Embarazo en adolescente
Malformaciones congénitas	Acoso entre iguales	Embarazo no controlado
Adopción y/o acogimiento	Ciberacoso	Hijo no deseado
Retraso psicomotor	Riesgo de mutilación genital femenina	Crisis familiares. especialmente las provocadas por la ruptura familiar
Alteraciones de la conducta/psicológicas	Las actitudes discriminatorias por razón de género, edad o discapacidad	Progenitores adolescentes y/o inmaduros
Discapacidad	No aceptación de la orientación sexual, identidad de género o las características sexuales	Progenitores o cuidadores institucionalizados o con antecedentes de ello
Carencia afectiva	Evolución negativa de los programas de intervención	Familia monoparental
Conducta antisocial	La existencia de un hermano o hermana declarado en situación de riesgo o desamparo	Hábitos tóxicos
Absentismo escolar/fracaso escolar/abandono escolar	La hiperfrecuentación de atención sanitaria pública o privada no justificada, y, especialmente los ingresos en instituciones sanitarias reiterados no justificados	Antecedentes familiares de maltrato infantil
Factores de salud u otros limitantes para un buen desempeño en la vida	Aislamiento social, falta de redes de apoyo	Factores de salud u otros limitantes para un buen desempeño en la vida
Historia de maltrato (según criterios de LOPIVI)		Enfermedad mental
<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos y rutinas tóxicos: consumo de tabaco, alcohol, otras drogas, ciberadicción • Conductas cibernéticas inadecuadas • Otros 		Madre víctima de trata
Las niñas y adolescentes víctimas de violencia de género en los términos establecidos en el artículo 1.1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género		Falta de habilidades parentales

Tabla 4. Indicadores en el niño víctima de violencia de género intrafamiliar

Ámbito	Indicadores en el niño víctima de Violencia de genero intrafamiliar
Desarrollo social	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades de interacción social • Problemas de agresividad • Problemas de inhibición • Dificultades para interpretar las claves sociales • Falta de habilidades de resolución de problemas sociales • Tendencia a interpretar de forma hostil la conducta de los otros
Desarrollo emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de empatía • Dificultades para expresar y comprender emociones propias y ajenas • Problemas de autocontrol de la propia conducta
Desarrollo cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima • Indefensión aprendida • Tendencia a no enfrentarse a nuevas tareas por miedo al fracaso y a la frustración • Problemas de egocentrismo cognitivo y social • Juicios morales heterónomos: más permisivos con sus transgresiones que con las de los demás

Fuente: Espinosa Bayal A. Los hijos e hijas de mujeres maltratadas: consecuencias para su desarrollo e integración escolar. Modificada por el autor.

pretérmino; es decir, más de uno de cada 10 nacimientos. Además, en casi todos los países que disponen de datos fiables, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando.

En España, según la Sociedad Española de Neonatología (SENEO) la tasa de bebés prematuros es de un 7%, debiendo reseñarse que el mayor número de ellos nacen entre las semanas 32 y 37. El aumento de la prematuridad en España se asocia, según SENE, al retraso de la edad materna en la gestación, que en España ha alcanzado ya los 32 años de media para el primer hijo, así como a la utilización de técnicas de reproducción asistida, que aumentan hasta tres veces el riesgo de tener un hijo con un peso inferior a los 1500 gramos al nacer¹¹.

La prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de 5 años, y una importante causa de discapacidad de los bebés que sobreviven al periodo perinatal. A nivel mundial, en entornos de ingresos medios, el uso inadecuado de la tecnología sanitaria condiciona de forma muy importante esta problemática¹².

También la prematuridad es una causa importante de discapacidad, siendo las causas más comunes las relacionadas con:

- Aprendizaje.
- Problemas visuales.
- Problemas auditivos.
- Disminución del rendimiento cognitivo.
- Alteraciones del desarrollo neurológico¹³⁻¹⁵.

Además, hay otros condicionantes que, asociados, agravan la problemática como:

- La situación socioeconómica familiar deficiente¹³.
- El incremento de cambio e inestabilidad de los padres (estos cambios incluyeron el divorcio y la separación de los padres, la formación de nuevas relaciones de pareja y la adopción o el cuidado de acogida del menor) durante los primeros 12 años de vida del niño. Este riesgo de cambio parental era mayor para los niños nacidos extremadamente prematuros, que son hasta 1,7 veces más propensos a experimentarlos y tienen el doble de probabilidades de presentar múltiples (dos o más) cambios parentales que los niños prematuros. Los cambios parentales se acentuaron con la complejidad de la atención médica neonatal, la desventaja socioeconómica familiar, la afectación psicológica materna y el deterioro del desarrollo neurológico infantil.
- A más largo plazo, el nacimiento prematuro y la exposición a los cambios parentales contribuyeron negativamente de manera sumatoria a los resultados en el desempeño del menor en áreas de la conducta, y de las capacidades educativa y cognitiva¹⁶.

Por todo ello, la prematuridad es un auténtico desafío para la humanidad.

Los hallazgos científicos respaldan:

- Que los padres, educadores, profesionales de la salud y legisladores deben tener en cuenta las necesidades académicas, emocionales y conductuales adicionales de estos niños¹⁴.
- La necesidad de estrategias para ayudar a los padres y a sus bebés a optimizar la salud infantil y los resultados del desarrollo tanto en la etapa neonatal como en la etapa posnatal en las familias con bebés de alto riesgo¹⁵.

Estos niños con antecedentes de prematuridad, por el riesgo psicosocial, deben seguirse en las consultas del área funcional pediátrica con un calendario específico y adaptado a sus necesidades y las de su familia. Deberán valorarse las derivaciones a:

- Atención infantil temprana.
- Trabajo social sanitario cuando las circunstancias socioeconómicas de las familias lo aconsejen, dada la importancia que tiene como multiplicador de los efectos negativos.
- Otras especialidades, según las necesidades clínicas que se vayan detectando en el seguimiento: oftalmología, ORL, neurología pediátrica, salud mental infantil, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): salud del adolescente: informe de la Secretaría. En: Repositorio Institucional para Compartir Información [en línea] [consultado el 21/11/2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/273363>.
2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia nacional de prevención y lucha contra la pobreza y la exclusión social 2019-2023. En: EAPN España [en línea] [consultado el 21/11/2022]. Disponible en: https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1553262965_estrategia_prev_y_lucha_pobreza_2019-23.pdf.
3. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. BOE-A-2021-9347.
4. Horton R. Offline: A new revolution for child and adolescent health. The Lancet Journal. 2022;399:1679.
5. Ghebreyesus A, Russell C. Opportunities in crisis for optimizing child health and development. The Lancet Journal. 2022;399:1761-3.
6. Organización de las Naciones Unidas. Resolución aprobada por la Asamblea General, S-27/2, Un mundo apropiado para los niños. En: Unicef [en línea] [consultado el 21/11/2022]. Disponible en: https://sites.unicef.org/specialsession/docs_new/documents/A-RES-S27-2S.pdf.

7. Rodrigo López MJ, Martín Quintana JC, Cabrera Casimiro E, Máiquez Chaves ML. Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. *Psychosocial Intervention*. 2009;18:113-20.
8. Pérez Candás JI, Tejón Amador V, Domínguez Aurrecoechea B, Fernández Cuesta LM, Sánchez Echenique M, Antuña Aidé A, et al. Plan Personal Jerárquico de la Atención Sanitaria a la Infancia y la Adolescencia del Principado de Asturias. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias; Gobierno del Principado de Asturias; 2018.
9. Hernández de Cos J. Las políticas basadas en evidencias: de la teoría a la práctica. CEMFI. Acto de presentación del convenio de colaboración entre el CEMFI y el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Banco de España [en línea] [consultado el 21/11/2022]. Disponible en: <https://www.bde.es/f/webbde/GAP/Secciones/SalaPrensa/IntervencionesPublicas/Gobernador/Arc/Fic/hdc180122.pdf>.
10. Pérez Candás JI. Aspectos jurídicos de la asistencia sanitaria a adolescentes. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2020;13:119-23.
11. Organización Mundial de la Salud. Prematuridad. En: Organización Mundial de la Salud. [en línea] [consultado el 21/11/2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
12. Servimedia. La tasa de bebés prematuros es de un 7%. En: Servimedia [en línea] [consultado el 21/11/2022]. Disponible en: <https://www.servimedia.es/noticias/1332780#:~:text=SERVIMEDIA-,La%20tasa%20de%20beb%C3%A9s%20prematuros%20en%20Espa%C3%B1a%20es%20de%20un,las%20semanas%2032%20y%2037%22>.
13. Bills SE, Johnston JD, Shi D, Bradshaw J. Social-environmental moderators of neurodevelopmental outcomes in youth born preterm: A systematic review. *Child Neuropsychol*. 2021;27:351-70.
14. Aarnoudse Moens CS, Weisglas Kuperus N, van Goudoever JB, Oosterlaan J. Meta-analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or very low birth weight children. *Pediatrics*. 2009;124:717-28.
15. Allotey J, Zamora J, Cheong See F, Kalidindi M, Arroyo Manzano D, Asztalos E, et al. Cognitive, motor, behavioural and academic performances of children born preterm: a meta-analysis and systematic review involving 64 061 children. *BJOG*. 2018;125:16-25.
16. Gath ME, Lee SJ, Austin NC, Woodward LJ. Increased Risk of Parental Instability for Children Born Very Preterm and Impacts on Neurodevelopmental Outcomes at Age 12. *Children*. 2022;9:304.