

# Programa de identificación del riesgo psicosocial en la infancia y la adolescencia. Factores personales. Parto traumático. Malformaciones congénitas. Adopción y acogimiento. Déficit/retraso psicomotor



Pérez Candás JI<sup>1</sup>, Grupo de Trabajo de Pediatría Social y Comunitaria<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatra. Avilés. Principado de Asturias. España. Coordinador del Grupo de Pediatría Social y Comunitaria de la AEPap.

<sup>2</sup>Ángel Carrasco Sanz (Pediatra), María de los Ángeles Ordóñez Alonso (Pediatra), Narcisa Palomino Urda (Pediatra), José Ignacio Pérez Candás (Pediatra, Coordinador), Manuela Sánchez Echenique (Pediatra), Eva Suárez Vicent (Pediatra).

*Los efectos principales están en la interacción.*

Urie Bronfenbrenner

## PUNTOS CLAVE

- El daño causado por la asfixia perinatal se puede producir con los mejores medios al alcance de los profesionales sanitarios.
- Hay otros factores sumatorios que pueden aumentar el riesgo de muerte neonatal y de discapacidad.
- La atención de estos niños y sus familias necesita un esfuerzo multisectorial de la sociedad.
- Un 3% de los niños y niñas presentan una malformación congénita al nacer.
- Estas enfermedades, con frecuencia, originan una dependencia crónica y una disminución considerable de la calidad de vida

- La adopción enfrenta a los adoptantes a grandes desafíos.
- El desarrollo de la psicomotricidad en la infancia es muy importante para el desempeño.

## FACTORES PERSONALES DE IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL (CONTINUACIÓN)

### Parto traumático (asfixia/hipoxia perinatal)

El daño causado por la asfixia perinatal se puede producir, incluso, con los mejores medios al alcance de los profesionales sanitarios. Los recién nacidos con asfixia perinatal tratados con hipotermia que desarrollaron lesión cerebral presentaron deterioro de la mielinización en diversas regiones, tanto en las que

**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 (IV). Factores personales. Parto traumático. Malformaciones congénitas. Adopción y acogimiento. Déficit/retraso psicomotor. Form Act Pediatr Aten Prim. 2023;16(3):129-38.

están mielinizadas al nacer o poco después del nacimiento (las extremidades posteriores de la cápsula interna, los tálamos y los núcleos lentiformes) como en las regiones donde el proceso de mielinización comienza después del periodo perinatal (radiaciones ópticas), y en las regiones donde este proceso no ocurre hasta meses después del nacimiento (sustancia blanca anterior/posterior), lo que sugiere que la asfixia al nacer, además de causar lesión directa inmediata en el cerebro, puede afectar a la mielinización posterior<sup>1</sup>.

La afectación de la sustancia blanca y otros daños inespecíficos a nivel cerebral provocados durante la asfixia perinatal, pueden manifestarse en el adulto como:

- Esquizofrenia a edades tempranas<sup>2</sup>.
- Otros trastornos neuropsiquiátricos<sup>2</sup>.

Pero también pueden manifestarse en la temprana infancia como alteraciones:

- Del lenguaje<sup>3</sup>.
- A nivel cognitivo<sup>3</sup>.
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad<sup>4</sup>.

Además, hay otros factores sumatorios a considerar que pueden aumentar el riesgo de muerte neonatal y de discapacidad como:

- Los determinantes socioeconómicos, que son muy importantes, porque, a menor renta disponible en los diferentes países, se incrementa la mortalidad infantil y los acontecimientos adversos para la salud del menor alrededor del parto<sup>5</sup>.
- Así mismo, se asociaron con el riesgo de muerte perinatal las características sociodemográficas maternas, los antecedentes de embarazo problemático, el estilo de vida y los hábitos durante el embarazo temprano y las complicaciones de este<sup>6</sup>.
- Estos determinantes económicos y sociodemográficos también actúan incrementando los niveles de discapacidad causada por la asfixia/hipoxia perinatal<sup>6,7</sup>.

Para valorar el riesgo psicosocial y la vulnerabilidad derivadas de la afectación perinatal por la asfixia, es importante establecer el pronóstico de las lesiones mediante el estudio de la gravedad de la encefalopatía. Para ello, es determinante la información proporcionada por la resonancia magnética, que resulta la modalidad de prueba complementaria de elección para este cometido<sup>8</sup>.

Los niños en estas situaciones de riesgo psicosocial se beneficiarán de terapias que ayuden a reducir los malos resultados neurológicos y neuromotores<sup>2</sup>.

La atención de estos niños y sus familias necesita un esfuerzo multisectorial de la sociedad. En este sentido, dentro del ám-

bito sanitario pediátrico de Atención Primaria identificar el riesgo y realizar un seguimiento que apoye al menor y a las familias es una buena forma de contribuir a ello.

Es necesario el seguimiento de estos menores en el área funcional pediátrica con un calendario ajustado a las necesidades detectadas en el menor y su familia, dentro de una atención que debe prestarse en un entorno multidisciplinar, sobre todo con trabajo social sanitario, otros profesionales sanitarios a los que se haya derivado el menor y el equipo escolar común o especializado.

Entre las derivaciones a considerar estarían:

- Atención Infantil Temprana.
- Fisioterapia y Rehabilitación.
- Trabajo Social Sanitario: siempre que las condiciones socioeconómicas u otras circunstancias de la familia lo aconsejen.
- Logopedia.
- Otras derivaciones acordes con las necesidades clínicas pueden ser: Neuropediatría, Salud Mental, etc.

### Malformaciones congénitas

Para la OMS, las anomalías congénitas<sup>9</sup> son defectos estructurales o funcionales que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida. Las anomalías congénitas pueden tener un origen genético, infeccioso o ambiental, aunque en la mayoría de los casos resulta difícil identificar su causa (Tabla 1).

En el mundo, alrededor de 303.000 recién nacidos fallecen durante las primeras cuatro semanas de vida debido a anomalías congénitas<sup>9</sup>.

Según el *Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC)*<sup>10</sup>, en nuestro país, un 3% de los niños presentan una malformación congénita al nacer, pero añadidas las que aparecerán en los primeros años de vida la frecuencia puede llegar al 7%.

Los trastornos congénitos graves más frecuentes son (Tabla 2):

- Malformaciones cardíacas.
- Defectos del tubo neural.
- Síndrome de Down<sup>9</sup>.

Es de interés reseñar, dada la cada vez mayor multiculturalidad de la población española, que también se producen variaciones de las malformaciones según el origen étnico de los progenitores (Figura 1).

Estas enfermedades, con frecuencia, originan una dependencia crónica y una disminución considerable de la calidad de vida, tanto para la persona afectada como para su entorno más cercano. Muchas de ellas, además, incrementan sustancialmente

Tabla 1. Distribución etiológica de los recién nacidos con defectos congénitos identificados durante los tres primeros días de vida.

| Periodo 1980-2020<br>Causas                | N.º          | %            |
|--|--------------|--------------|
| <b>GENÉTICA</b>                            |              |              |
| Autosómica dominante                       | 2496         | 5,50         |
| Autosómica recesiva                        | 818          | 1,80         |
| Gen contiguo-microdelección                | 170          | 0,37         |
| Síndromes de secuencias repetitivas de ADN | 24           | 0,05         |
| Otras etiologías génicas                   | 1897         | 4,18         |
| Cromosómica                                | 3872         | 8,54         |
| <b>Total, de causa genética</b>            | <b>9277</b>  | <b>20,46</b> |
| <b>AMBIENTAL</b>                           |              |              |
| Alcohol                                    | 42           | 0,09         |
| Diabetes                                   | 70*          | 0,15         |
| Infecciones                                | 35           | 0,08         |
| Medicamentos                               | 57*          | 0,13         |
| Factores físicos                           | 1            | 0,00         |
| Otros factores ambientales                 | 486          | 1,07         |
| <b>Total, de causa ambiental</b>           | <b>690*</b>  | <b>1,52</b>  |
| <b>MULTIFACTORIAL</b>                      | <b>8707</b>  | <b>19,20</b> |
| <b>CAUSA DESCONOCIDA</b>                   | <b>26678</b> | <b>58,82</b> |
| <b>GRAN TOTAL</b>                          | <b>45352</b> | <b>100</b>   |

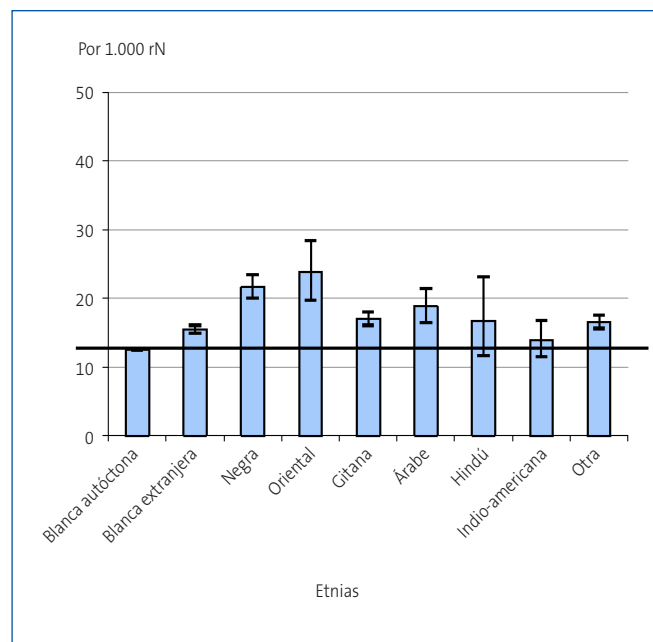
\*Un recién nacido tiene embriofetopatía por diabetes materna y por exposición prenatal a carbamazepina.

Fuente: ECEMC. Memoria anual del año 2022. Datos correspondientes al año 2020.

Tabla 2. Distribución de los recién nacidos (RN) malformados por sistemas afectados

| Sistema/área (*)                     | 1980-1985    |            | 1986-2019     |            | 2020        |            |
|--------------------------------------|--------------|------------|---------------|------------|-------------|------------|
|                                      | N.º          | %          | N.º           | %          | N.º         | %          |
| Musculoesquelético                   | 5185         | 61,09      | 18875         | 51,59      | 144         | 51,61      |
| Sistema nervioso                     | 2172         | 25,59      | 10199         | 27,88      | 75          | 26,88      |
| Reproductor                          | 1026         | 12,09      | 5629          | 15,39      | 53          | 19,00      |
| Digestivo                            | 377          | 4,44       | 2221          | 6,07       | 21          | 7,53       |
| Circulatorio                         | 347          | 4,09       | 4837          | 13,22      | 51          | 18,28      |
| Respiratorio                         | 255          | 3,00       | 1633          | 4,46       | 14          | 5,02       |
| Excretor                             | 243          | 2,86       | 2924          | 7,99       | 28          | 10,04      |
| Metabolismo y endocrino              | 94           | 1,11       | 705           | 1,93       | 8           | 2,87       |
| <b>Total RN con def. congénitos*</b> | <b>8488*</b> | <b>100</b> | <b>36585*</b> | <b>100</b> | <b>279*</b> | <b>100</b> |

\*Los totales no corresponden a la suma de RN por áreas dentro de cada periodo de tiempo, ya que un mismo RN puede tener varias áreas afectadas. Fuente: ECEMC- Memoria anual del año 2022. Datos correspondientes al año 2020.



Periodo: 1980-2020.

Fuente: ECEMC- Memoria anual del año 2022. Datos correspondientes al año 2020.

Figura 1. Prevalencia de RN con DC en las distintas etnias (intervalo de confianza al 95%).

la morbilidad y el riesgo de muerte precoz<sup>11</sup>. La discapacidad crónica de estos menores supone un gran impacto en los afectados, sus familias, los sistemas de salud y la sociedad en su conjunto<sup>9</sup>.

En estos procesos la prevención es muy importante. Para ello, el ECEMC ofrece asesoramiento en el Servicio de Información Telefónica sobre Teratógenos Español (SITTE)<sup>12</sup> con el objetivo de reducir el riesgo, mediante la información por médicos especializados en la evaluación de los riesgos teratogénicos tras una exposición a estos. Es una consulta que pueden hacer los profesionales sanitarios en el teléfono 91 822 24 35. Tiene también otra consulta para embarazadas y sus parejas en el 91 822 24 36.

Se informa a los profesionales de la salud sobre temas como:

- Tratamientos farmacológicos maternos o paternos (psicofármacos, inmunosupresores, vacunas o cualquier otro).
- Exposiciones a radiaciones o elementos radioactivos.
- Exposiciones laborales a productos químicos, factores físicos y/o agentes biológicos.
- Infecciones (varicela, virus Zika, parvovirus...), diabetes gestacional y otras enfermedades agudas.
- Enfermedades crónicas.
- Hábitos tóxicos: consumo de drogas, alcohol y/o tabaco.
- Y cualquier otro.

Además, se atienden consultas sobre cualquier otro aspecto relacionado con posibles riesgos para el desarrollo prenatal y se ofrecen las pautas preventivas más adecuadas a cada caso. Los profesionales de la salud interesados en consultar el servicio SITTE deben comunicar los siguientes datos cuando realicen la consulta:

- Nombre del factor de exposición.
- Dosis exacta, si es posible (cuántas pastillas, cuánto alcohol, cuántas radiografías).
- Duración de la exposición (cuántos días tomó la medicación, cuántas veces al día tomó alcohol, etc.).
- Fechas y edad gestacional durante las cuales tuvo lugar la exposición.
- Fecha de la última menstruación o edad gestacional.
- Cualquier historia familiar de defectos congénitos o enfermedades genéticas y cualquier complicación en el embarazo.

El seguimiento de estos menores en el área funcional pediátrica de los centros de salud, con un calendario específico adaptado a las necesidades clínicas del menor y de la familia, es inexcusable.

También se deben valorar las derivaciones correspondientes según la situación clínica y social:

- Atención Infantil Temprana.
- Trabajo Social Sanitario, según la situación socioeconómica familiar u otros condicionantes que lo aconsejen.
- Derivaciones específicas según las comorbilidades.

### Adopción y/o acogimiento

La adopción internacional como mecanismo de protección a la infancia está regulada por el Convenio de La Haya de 1993, ratificado por España<sup>13</sup>.

Aunque el conocimiento y el aprendizaje del ser humano transcurre a lo largo de toda la vida y es necesario que así sea para una vida saludable, el capital humano requiere una base de salud, conocimiento, habilidades y aprendizaje que es adquirida desde la concepción hasta el adulto joven; para ello, el crecimiento y desarrollo saludables desde la concepción hasta el segundo año de vida son cruciales, pero una gran parte de estos niños han pasado por experiencias adversas como el maltrato o la institucionalización<sup>14</sup>.

Entre los años 1998 y 2013 llegaron a España 50.000 menores con origen fundamentalmente en China y Rusia, que representaban en ese momento la mitad de los niños adoptados en España<sup>15</sup>.

Pero se ha producido una reorganización de la procedencia de los menores, China, que ha pasado de 79 adopciones en

| ADOPCIONES   | TOTAL      |            | 0 - 3     |            | 4 - 6     |            | 7 - 10    |            | Más de 10 |            | No consta |            |
|--------------|------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
|              | Abs.       | Tasa       | Abs.      | Tasa       | Abs.      | Tasa       | Abs.      | Tasa       | Abs.      | Tasa       | Abs.      | Tasa       |
| África       | 7          | 0,3        | 4         | 0,2        | 1         | 0,0        | 1         | 0,0        | 1         | 0,0        | 0         | 0,0        |
| América      | 36         | 0,6        | 10        | 0,2        | 9         | 0,1        | 15        | 0,2        | 2         | 0,0        | 0         | 0,0        |
| Asia         | 82         | 1,0        | 45        | 0,6        | 21        | 0,3        | 14        | 0,2        | 2         | 0,0        | 0         | 0,0        |
| Europa       | 46         | 0,7        | 17        | 0,2        | 16        | 0,2        | 13        | 0,2        | 0         | 0,0        | 0         | 0,0        |
| Oceanía      | 0          | 0,0        | 0         | 0,0        | 0         | 0,0        | 0         | 0,0        | 0         | 0,0        | 0         | 0,0        |
| <b>TOTAL</b> | <b>171</b> | <b>2,1</b> | <b>76</b> | <b>0,9</b> | <b>47</b> | <b>0,6</b> | <b>43</b> | <b>0,5</b> | <b>5</b>  | <b>0,1</b> | <b>0</b>  | <b>0,0</b> |

Tasa 1/100.000 personas menores de 18 años

Gráfico AI-5. Adopciones internacionales por continente

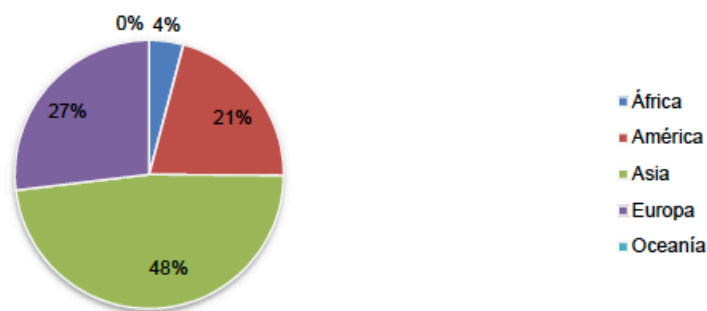
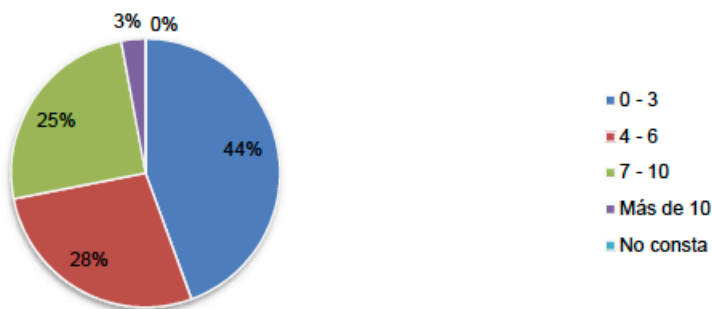


Gráfico AI-6. Adopciones internacionales por rango de edad



Fuente: Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. INFORMES, Boletín número 24. Datos 2021.

Figura 2. Adopción internacional, datos por continentes y rango de edad.

2019 a 6 en 2020, ha sido sustituida en primer lugar por India, seguido de Vietnam y Colombia, con gran diferencia sobre el resto<sup>15</sup>. En 2021 la adopción internacional continúa con la tendencia descendente, alcanzando la cifra de 171 niñas y niños adoptados por familias residentes en España. Se mantiene en primer lugar India, seguido de Vietnam y Bulgaria, con gran diferencia sobre el resto, entre los países con mayor número de adopciones constituidas.

Cabe destacar respecto a China que en el 2021 ya no se ha llevado a cabo ninguna adopción, debido a la negativa de la autoridad central del país para permitir a las familias con niños y niñas asignados, viajar para finalizar sus procesos de adopción<sup>16</sup>. Todo esto ha sido consecuencia de la política de cero COVID de China que ha finalizado recientemente por lo que es de esperar que la situación pueda cambiar a medio plazo (Figura 2 y Figura 3).

|                            | Abs.       | Tasa       | %              |
|----------------------------|------------|------------|----------------|
| INDIA                      | 41         | 0,5        | 23,98%         |
| VIETNAM                    | 35         | 0,4        | 20,47%         |
| BULGARIA                   | 21         | 0,3        | 12,28%         |
| HUNGRÍA                    | 11         | 0,1        | 6,43%          |
| DOMINICANA, (LA) REPÚBLICA | 10         | 0,1        | 5,85%          |
| COLOMBIA                   | 9          | 0,1        | 5,26%          |
| RUMANIA                    | 6          | 0,1        | 3,51%          |
| PERÚ                       | 6          | 0,1        | 3,51%          |
| BOLIVIA                    | 5          | 0,1        | 2,92%          |
| MADAGASCAR                 | 4          | 0,0        | 2,34%          |
| SERBIA                     | 4          | 0,0        | 2,34%          |
| FILIPINAS (LAS)            | 4          | 0,0        | 2,34%          |
| HAITÍ                      | 3          | 0,0        | 1,75%          |
| COSTA DE MARFIL            | 3          | 0,0        | 1,75%          |
| REPÚBLICA CHECA (LA)       | 2          | 0,0        | 1,17%          |
| RUSIA, (LA) FEDERACIÓN DE  | 2          | 0,0        | 1,17%          |
| TAILANDIA                  | 2          | 0,0        | 1,17%          |
| HONDURAS                   | 1          | 0,0        | 0,58%          |
| ECUADOR                    | 1          | 0,0        | 0,58%          |
| BRASIL                     | 1          | 0,0        | 0,58%          |
| <b>TOTAL</b>               | <b>171</b> | <b>2,1</b> | <b>100,00%</b> |

Tasa 1/100.000 personas menores de 18 años

Fuente:Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. INFORMES, Boletín número 24. Datos 2021.

Figura 3. **Adopción internacional. Datos por países.**

Respecto al perfil de los niños y niñas adoptados, en el año 2021 se mantiene la tendencia descendente en todos los rangos, excepto en el rango de 7-10, donde ha aumentado 1 respecto al año 2020<sup>16</sup>.

Respecto de la adopción de menores nacionales, a lo largo del año 2020 se adoptaron 537 personas, una cifra sensiblemente inferior a la del año anterior, 626, que se corresponde con una disminución del 14,22%. Respecto a los ofrecimientos para adopción, bajan un 4,55% respecto al año 2019. Disminuyen el número de menores de edad con discapacidad adoptados (de 35 en 2019 a 13 en 2020), pero también el número de rupturas, es decir, menores que cesan su relación con las familias adoptantes (de 17 en 2019 a 7 en 2020). Las cifras de menores de edad adoptados del año 2021 invierten la tendencia descendente

te iniciada en 2018, con cifras semejantes a las de 2017, con un aumento de un 25,70% respecto al año 2020 (Figura 4)<sup>16</sup>.

En el año 2021 se registran 210 ofrecimientos más que en el año anterior; esto supone un incremento del 14,49% frente al año 2020, siendo el mayor número de ofrecimientos desde 2016 (Figura 5).

Los acogimientos familiares continúan la tendencia descendente iniciada en 2019, reduciéndose con respecto a 2020 un 2,31%, pero a diferencia del año pasado, las altas se incrementan en un 16,71%. A pesar de esto, las cifras confirman la estabilidad de los datos en los últimos años (Figura 6)<sup>16</sup>.

Como en años anteriores, vemos cómo siguen siendo predominantes los acogimientos en familia extensa sobre los acogimientos en familia ajena, a pesar de que el acogimiento en fa-

|  |      | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|--|------|------|------|------|------|------|
| Menores adoptados                          | Abs. | 680  | 639  | 626  | 537  | 675  |
|  | Tasa | 8,2  | 7,7  | 7,5  | 6,5  | 8,3  |
| Tasa 1/100.000 personas menores de 18 años |      |      |      |      |      |      |

Fuente:Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. INFORMES, Boletín número 24. Datos 2021.

Figura 4. **Evolución de la adopción nacional entre 2017-2021.**

|                      |             | 2017  | 2018  | 2019  | 2020  | 2021  |
|----------------------|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Nuevos               | <b>Abs.</b> | 1.313 | 1.215 | 1.518 | 1.449 | 1.659 |
|                      | <b>Tasa</b> | 0,1   | 0,1   | 0,1   | 0,1   | 0,1   |
| Tasa 1/1.000 hogares |             |       |       |       |       |       |

Fuente: Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. INFORMES, Boletín número 24. Datos 2021.

Figura 5. **Evolución de los ofrecimientos.**

|  |             | 2017   | 2018   | 2019   | 2020   | 2021   |
|--|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Totales a 31 de diciembre                  | <b>Abs.</b> | 19.004 | 19.545 | 19.320 | 18.892 | 18.455 |
|  | <b>Tasa</b> | 227,9  | 234,6  | 232,1  | 229,3  | 226,8  |
| Altas durante el año                       | <b>Abs.</b> | 4.058  | 3.991  | 4.452  | 4.268  | 4.981  |
|  | <b>Tasa</b> | 48,7   | 47,9   | 53,5   | 51,8   | 61,2   |
| Tasa 1/100.000 personas menores de 18 años |             |        |        |        |        |        |

Fuente: Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia INFORMES, Boletín número 24. Datos 2021.

Figura 6. **Acogimiento. Datos totales.**

|  |             | 2017   | 2018   | 2019   | 2020   | 2021   |
|--|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Extensa                                    | <b>Abs.</b> | 12.748 | 12.567 | 12.600 | 12.115 | 11.395 |
|  | <b>Tasa</b> | 152,9  | 150,8  | 151,4  | 147,0  | 140,0  |
|  | <b>%</b>    | 67,08% | 64,30% | 65,22% | 64,13% | 61,74% |
| Ajena                                      | <b>Abs.</b> | 6.256  | 6.978  | 6.720  | 6.777  | 7.060  |
|  | <b>Tasa</b> | 75,0   | 83,8   | 80,7   | 82,3   | 86,8   |
|  | <b>%</b>    | 32,92% | 35,70% | 34,78% | 35,87% | 38,26% |
| <b>TOTAL</b>                               | <b>Abs.</b> | 19.004 | 19.545 | 19.320 | 18.892 | 18.455 |
|  | <b>Tasa</b> | 227,9  | 234,6  | 232,1  | 229,3  | 226,8  |
| Tasa 1/100.000 personas menores de 18 años |             |        |        |        |        |        |

Fuente: Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. INFORMES, Boletín número 24. Datos 2021.

Figura 7. **Evolución de los acogimientos familiares por tipo de familia.**

|  |             | 2017   | 2018   | 2019   | 2020   | 2021   |
|--|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Totales a 31 de diciembre                  | <b>Abs.</b> | 17.527 | 21.283 | 23.209 | 16.991 | 16.177 |
|  | <b>Tasa</b> | 210,2  | 255,5  | 278,8  | 206,2  | 198,8  |
| Altas durante el año                       | <b>Abs.</b> | 16.878 | 23.172 | 21.187 | 11.750 | 15.248 |
|  | <b>Tasa</b> | 202,4  | 278,1  | 254,5  | 142,6  | 187,4  |
| Tasa 1/100.000 personas menores de 18 años |             |        |        |        |        |        |

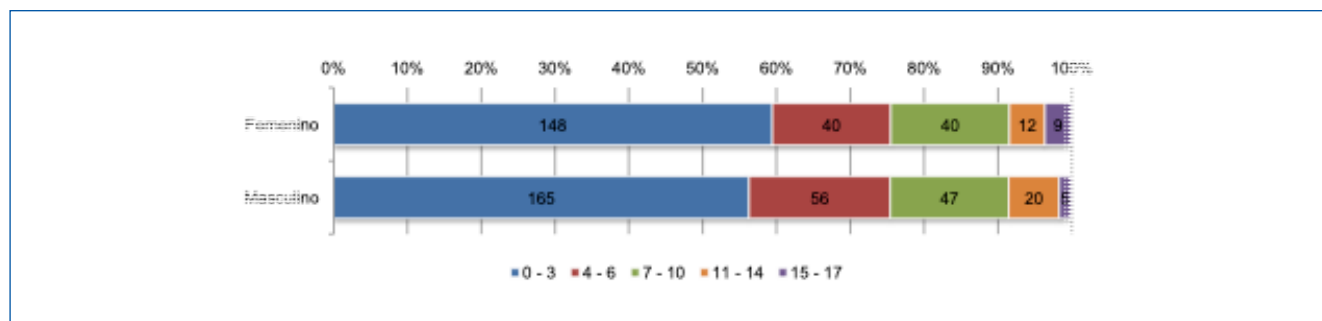
Fuente: Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. INFORMES, Boletín número 24. Datos 2021.

Figura 8. **Evolución de los acogimientos residenciales.**

|  | <b>Abs.</b> |
|--|-------------|
| Nuevos ofrecimientos de adopción                                 | 1.449       |
| Certificados de valoración de idoneidad emitidos                 | 784         |
| Familias idóneas pendientes de asignación                        | 1.656       |
| Número de menores de edad propuestos                             | 442         |
| Menores de edad adoptados en el año                              | 537         |
| Número de menores de edad en situación de discapacidad adoptados | 13          |
| Número de rupturas en el año                                     | 7           |
| Número de segundas adopciones                                    | 2           |

Fuente: Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. INFORMES, Boletín número 23. Datos 2020.

Figura 9. **Adopción de nacionales. Datos globales.**



Fuente: Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. INFORMES, Boletín número 23. Datos 2020.

Figura 10. Adopciones nacionales por sexo y grupo de edad

milia extensa haya disminuido un 5,94% respecto a 2020 y, en cambio, el acogimiento en familia ajena haya crecido un 4,18% (Figura 7).

Respecto del acogimiento residencial durante el año 2021, el número de menores de edad en esta situación disminuyó un 4,79% respecto a 2020, mientras que el número de altas en acogimiento residencial creció en un 29,77% (Figura 8).

Son cifras que hablan de las dificultades para la adopción a nivel nacional, pero también de las dificultades inherentes a la misma, ya que, aunque baja el número de rupturas respecto del año 2019, en porcentaje aún son un 3,75% de las adopciones en el año 2020 (Figura 9).

Las solicitudes de los postulantes a adopción están en gran parte dirigidas a niños sanos menores de 3 años, independientemente de la edad de aquellos para la adopción (Figura 10)<sup>14,15</sup>.

Pero una decisión tan importante que ayuda a tantas parejas deseosas de tener hijos a alcanzar mayores grados de realización personal también enfrenta grandes desafíos.

Entre las dificultades con las que se van a encontrar los nuevos padres y los profesionales que atenderán al menor es la de resaltar que, en ocasiones, el tiempo tan prolongado de espera por los innumerables trámites burocráticos hace que los postulantes a la adopción vayan perdiendo la ilusión y la paciencia, de manera que puede ocurrir que cuando llegue el momento de recibir al menor en su hogar, en vez de estar totalmente receptivos a la maternidad/paternidad, pueden estar en medio de sentimientos condicionados por el estrés, el enfado y la angustia<sup>14</sup>.

A las dificultades inherentes a la evaluación de las personas que pretenden adoptar, que son procesos serios y rigurosos y se extienden durante un tiempo prolongado, se añade la escasez de menores para la adopción, que puede llevar a la frustración en muchas ocasiones a las personas que emprenden este largo proceso.

En un estudio de Peñarrubia<sup>16</sup>, realizado en España, con un tamaño de muestra reducido, pero que correlacionó niños

adoptados procedentes de Rusia con niños acogidos en instituciones en España y con un grupo de menores españoles criados desde el nacimiento por sus padres biológicos, se observó en los niños adoptados mayor prevalencia de:

- Déficits en la atención selectiva y la memoria de trabajo.
- Respuestas de efectos negativos sobre la adversidad temprana.
- Problemas en el área cognitiva.

Según Peñarrubia, la adopción también supone mejoras importantes en procesos ejecutivos, especialmente en la inhibición de la respuesta y la planificación. Pero hay que añadir que se han constatado en estos niños diferentes patrones en la recuperación de los procesos ejecutivos en función de las experiencias de adversidad vividas. Peñarrubia concluye resaltando “la importancia de realizar una buena preparación para los padres adoptivos, así como un apoyo global a estas familias para que puedan afrontar los retos y dificultades que puedan tener estos menores que pueden presentar una cierta persistencia de limitaciones como consecuencia de las trayectorias difíciles por las que han pasado”.

Las dificultades se pueden ir desgranando a lo largo de la vida porque, en ocasiones, cuando los niños se hacen mayores tienen curiosidad por sus orígenes y tienen la necesidad de encontrar, sobre todo, a sus hermanos biológicos. También les puede resultar muy difícil perdonar a sus padres biológicos debido al trauma por abandono. Los padres adoptivos deben estar preparados para estas situaciones y deben acompañar a sus hijos en este camino<sup>14</sup>.

Dentro de estas dificultades que pueden ir apareciendo a lo largo de la vida en los niños adoptados, Monzó Fenollar<sup>17</sup> refiere que durante la adolescencia, tanto si son chicas como si son chicos, suelen presentar:

- Baja autoestima.



El establecimiento de una buena identidad étnica y racial es un aspecto fundamental en los adoptados internacionales, ya que durante la etapa adolescente suelen enfrentarse a numerosos episodios de racismo y discriminación. Los padres han de fomentar que se sientan orgullosos de sí mismos y no ocultarles ni estigmatizar ninguna información referente a sus orígenes. De esta forma, evitarán los problemas de autoestima y de “sentimiento de no pertenencia” a la familia.

- Más riesgo de suicidio que la población general.
- Más problemas de conducta condicionados por:
  - Dificultades para crear un buen vínculo con sus padres adoptivos.
  - La potencial presencia de antecedentes de maltrato (físico, psíquico y/o sexual) que pueden haber sufrido durante la primera infancia condicionará de forma importante esta etapa de la vida.
  - Todos los estudios coinciden en que la edad de la adopción influye en la aparición de problemas de conducta en la adolescencia, señalando que, a mayor edad en la adopción, más problemas posteriores.
  - Los padres que empleen estrategias punitivas, coercitivas, basadas en la autoridad más que en el diálogo, harán que aumente el malestar en sus hijos, lo que conlleva a su vez que realicen más conductas problemáticas.
  - La mayoría de las investigaciones concuerdan en que los niños presentarán más problemas de tipo exteriorizado (conducta agresiva y delictiva, sobre todo); en cambio, las niñas presentarán tanto problemas de tipo exteriorizado como interiorizado (depresión, angustia).
- La institucionalización previa a la adopción repercute de forma negativa en los niños adoptados, debido a que, en ocasiones, en estas instituciones no se pueden cubrir de forma adecuada las necesidades de los menores.
- Incluso en los no institucionalizados, si hay falta de atención individualizada y de cuidadores a largo plazo, se dificulta que los niños desarrollen apegos seguros y que se desarrollen física y psicológicamente de acuerdo con su edad.

Algunas comunidades autónomas españolas conscientes del desafío han elaborado protocolos de actuación específicos<sup>18</sup>.

El seguimiento de estos menores en las consultas del área funcional pediátrica, con un calendario ajustado a sus necesidades y a las de la familia de adopción/acogida, es muy necesario. Educar a los padres en parentalidad positiva y en los principios del buen trato, y apoyarlos en las dificultades que vayan apareciendo con el asesoramiento y la oportuna derivación según las necesidades clínicas detectadas, es una buena forma de prevenir problemas mayores.

La derivación más importante para considerar es a Trabajo Social Sanitario. Aunque suele existir un seguimiento cercano desde las instituciones que velan porque todo transcurra bien, después de la adopción/acogimiento, si comienzan a percibirse problemáticas en el menor, la derivación a Trabajo Social Sanitario facilitará la interrelación de estos profesionales con los del ámbito de la adopción/acogimiento, lo que puede allanar el camino de la intervención cuando aparecen trastornos en el ámbito social y escolar.

### Retraso/déficit psicomotor

Los estudios sobre niños con déficit del desarrollo psicomotor revelan la presencia de debilidades en las siguientes áreas:

- Control inhibitorio.
- Memoria de trabajo.
- Planificación.
- Fluidez no verbal.
- Funcionamiento ejecutivo general<sup>19</sup>.

El desarrollo motor durante la niñez es importante para el buen desempeño en la vida, y el entorno social puede contener factores potencialmente importantes y modificables asociados con el mismo. En una revisión sistemática<sup>20</sup> sobre los factores ambientales sociales asociados con el desempeño motor en niños de 3 a 12 años sanos, se pudo constatar que las creencias de los padres sobre la importancia de la actividad física y los comportamientos de estos en línea con estas creencias se relacionaron con un mejor rendimiento motor de los niños, aunque estas relaciones a menudo dependían del sexo, con los niños imitando el comportamiento en este ámbito de su padre y las niñas de la madre. La revisión sistemática constató dos condicionantes importantes, ya que observó que la mayoría de los estudios se realizaron en niños de 3 a 6 años, y en el entorno del hogar. Los ambientes escolar y deportivo fueron mucho menos investigados, pero se encontraron algunas evidencias preliminares acerca de que caer bien a los compañeros, asistir a un aula con un rango de edad más pequeño, tener más interacción con el profesor y los compañeros y tener un profesor de mayor nivel educativo se relacionaron con un mejor desempeño motor.

Son datos de mucho interés en el momento de abordar el ámbito de la motricidad en los niños, también en los que tienen algún tipo de limitación de esta, porque los estímulos familiares y sociales son necesarios en ambos casos, más aún si cabe en los que padecen déficits<sup>21</sup>.

Son niños a los que deberá realizarse un seguimiento específico en consulta y la oportuna derivación a Atención Infantil Temprana y a las subespecialidades pediátricas de acuerdo con su situación clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Olivieri B, Rampakakis E, Gilbert G, Fezoua A, Wintermark P. Myelination may be impaired in neonates following birth asphyxia. *NeuroImage: Clinical*. 2021;31: 102678.
2. Wortinger LA, Barth C, Nerland S, Jørgensen KN, Shadrin AA, Szabo A, et al. Association of Birth Asphyxia with Regional White Matter Abnormalities Among Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorders. *JAMA Network Open*. 2021;4(12):e2139759.
3. Dzikienė R, Lukoševičius S, Laurynaitienė J, Marmienė V, Nedzelskienė I, Tamelienė R, et al. Long-Term Outcomes of Perinatal Hypoxia and Asphyxia at an Early School Age. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(9):988.
4. Liu J, He Y, Shen Y, Zhou Y, Meng T, Xiao B, Cui X, et al. Association of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder with Events Occurring During Pregnancy and Perinatal Period. *Front Psychol*. 2021;12:707500.
5. Testoni Costa-Nobre D, Daripa Kawakami MD, Nema Areco KC, Sanudo A, Xavier Balda RC, Scavacini Marinonio AS, et al. Clusters of cause specific neonatal mortality and its association with per capita gross domestic product: A structured spatial analytical approach. *PLoS One*. 2021;16(8):e0255882.
6. Liu Y, Li Q, Wang T, Zhang S, Chen L, Li Y, Diao J, et al. Determinants for Perinatal Mortality in South China: A Prospective Cohort Study. *Front Pediatr*. 2022;10:756444.
7. Ao D, Guo S, Yun C, Zheng X. Socio-demographic factors impact disabilities caused by perinatal asphyxia among Chinese children. *PLoS One*. 2021;16(3):e0248154.
8. Reddy R. Magnetic Resonance Imaging Evaluation of Perinatal Hypoxic Ischemic Encephalopathy: An Institutional Experience. *J Neurosci Rural Pract*. 2022;13(1):87-94.
9. OMS. Trastornos congénitos. En: who.int [en línea] [consultado el 04/07/2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>
10. Fundación 1000 sobre defectos congénitos. Defectos congénitos. En: Fundacion1000.es [en línea] [consultado el 04/07/2023]. Disponible en: <http://www.fundacion1000.es/defectos-congenitos>
11. Instituto de Investigación de Enfermedades Raras. Instituto de Salud Carlos III. En: Iscii.es [en línea] [consultado el 04/07/2023]. Disponible en: <https://www.iscii.es/QuienesSomos/CentrosPropios/IIER/AreaEpidemiologia/AnomaliasCongenitas/Paginas/default.aspx>
12. Fundación 1000 sobre defectos congénitos. SITTE - Servicio de Información Telefónica sobre Teratógenos Español. En: Fundacion1000.es [en línea] [consultado el 04/07/2023]. Disponible en: <http://www.fundacion1000.es/SITTE-Servicio-de-Informacion>
13. BOE-A-1995-18485. Instrumento de ratificación del Convenio relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional, hecho en La Haya el 29 de mayo de 1993. En: Boe.es.[en línea] [consultado el 04/07/2023]. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/ai/1993/05/29/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/1993/05/29/(1))
14. Vidal M. Mamen García, experta en adopción internacional: «Es necesario tener una habitación para cada niño que quieras adoptar». En: lavozdegalia.es [en línea] [consultado el 04/07/2023]. Disponible en: [https://www.lavozdegalia.es/noticia/yes/2021/05/29/necesario-tener-habitacion-nino-quieras-adoptar/0003\\_202105SY29P14991.htm](https://www.lavozdegalia.es/noticia/yes/2021/05/29/necesario-tener-habitacion-nino-quieras-adoptar/0003_202105SY29P14991.htm)
15. Datos BN 23. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. En: mdsocialesa2030.gob.es [en línea] [consultado el 04/07/2023]. Disponible en: [https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/PDF/Estadisticaboletineslegislacion/Boletin\\_Proteccion\\_23\\_Provisional.pdf](https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/PDF/Estadisticaboletineslegislacion/Boletin_Proteccion_23_Provisional.pdf)
16. Datos BN 24. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia. En: Mmdsocialesa2030.gob.es [en línea] [consultado el 04/07/2023]. Disponible en: [https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/estadisticas/estadisticas/PDF/BOLETIN\\_Proteccion\\_ANO\\_2021\\_ACCESIBLE.pdf](https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/estadisticas/estadisticas/PDF/BOLETIN_Proteccion_ANO_2021_ACCESIBLE.pdf)
17. Peñarrubia Sánchez MG. Función ejecutiva en niños y niñas adoptados internacionalmente y su relación con el desarrollo socioemocional. En: Observatoriodelainfancia.es [en línea] [consultado el 04/07/2023]. Disponible en: [https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos\\_ficha.aspx?id=4906](https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=4906)
18. Monzó Fenollar M. Proyecto final de Máster en Psicopatología Infanto-Juvenil. En: Uab.cat [en línea] [consultado el 04/07/2023]. Disponible en: [https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2015/hdl\\_2072\\_250697/TESINA\\_PUBLI-CACION.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2015/hdl_2072_250697/TESINA_PUBLI-CACION.pdf)
19. Protocolo de intervención para la gestión de la medida de acogimiento familiar. En: Observatoriodelainfancia.es [en línea] [consultado el 04/07/2023]. Disponible en: [https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos\\_ficha.aspx?id=7723](https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=7723)
20. Lachambre C, Proteau-Lemieux M, Lepage JF, Bussièeres EL, Lippé S. Attentional and executive functions in children and adolescents with developmental coordination disorder and the influence of comorbid disorders: A systematic review of the literature. *PLoS One*. 2021;16(6):e0252043.
21. Derikx D, Houwen S, Meijers V, Schoemaker MM, Hartman E. The Relationship between Social Environmental Factors and Motor Performance in 3- to 12-Year-Old Typically Developing Children: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(14):7516.