

TESIS DOCTORAL

**ANÁLISIS BIOPSIICOSOCIAL DE LOS MENORES EN  
PROGRAMA RESIDENCIAL BÁSICO EN LA PROVINCIA DE  
GRANADA**



**Mercedes Rivera Cuello**

**Febrero 2012**

Editor: Editorial de la Universidad de Granada  
Autor: María Mercedes Rivera Cuello  
D.L.: GR 2902-2012  
ISBN: 978-84-9028-127-7





**D. Antonio Muñoz Hoyos** con DNI 24785597S, Catedrático del Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, Director de la Unidad de Gestión Clínica de Pediatría del HRU San Cecilio (Granada)

#### **CERTIFICA**

Que **Dña. Mercedes Rivera Cuello** con DNI 74689039N, ha realizado bajo su supervisión directa el trabajo con el título *“Análisis biopsicosocial de los menores en programa residencial básico en la provincia de Granada”*, y que otorga su consentimiento y autorización expresa para la defensa del mismo como Tesis Doctoral

Y para que así conste a los efectos oportunos, firma la presente, en Granada a 21 de Febrero de 2012





---

**D. José Uberos Fernández** con DNI 14320669H, Profesor Asociado del Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, Médico Adjunto de la Unidad de Gestión Clínica de Pediatría del HRU San Cecilio (Granada)

**CERTIFICA**

Que **Dña. Mercedes Rivera Cuello** con DNI 74689039N, ha realizado bajo su supervisión directa el trabajo con el título *“Análisis biopsicosocial de los menores en programa residencial básico en la provincia de Granada”*, y que otorga su consentimiento y autorización expresa para la defensa del mismo como Tesis Doctoral

Y para que así conste a los efectos oportunos, firma la presente, en Granada a 21 de Febrero de 2012



## **ABREVIATURAS**

**ACR:** Auscultación Cardiorrespiratoria

**CAI:** Centro de Acogida Inmediata

**CAE:** Conducto Auditivo Externo

**CDC:** Centers for Disease Control and prevention

**CPD:** Centro de Drogodependencia

**CRC:** Commmittee on the Rights of the Child

**CS:** Centro de Salud

**FP:** Formación Profesional

**HC:** Historia Clínica

**INAS:** Instituto Nacional de Asistencia Social

**IRA:** Infección Respiratoria Aguda

**MENA:** Menores Extranjeros No Acompañados

**OMS:** Otitis Media Serosa

**OMA:** Otitis Media Aguda

**ORL:** Otorrinolaringolócico/a

**SNC:** Sistema Nervioso Central

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences

**USMIJ:** Unidad de Salud Mental Infantojuvenil

**VHA:** Virus de la Hepatitis A

**VHB:** Virus de la Hepatitis B

**VHC:** Virus de la Hepatitis C

**VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana

**VSG:** Velocidad de Sedimentación Globular

**YRBSS:** Youth Risk Behaviour Surveillance

## **ÍNDICE**

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Acogimiento residencial</b>	<b>4</b>
1.1.1 Marco histórico	4
1.1.2 Legislación vigente	10
1.1.3 Situación actual y perspectivas de futuro	24
<b>1.2 Perfil biopsicosocial de los menores en centros de acogida</b>	<b>28</b>
1.2.1 Salud física	29
1.2.2 Salud mental	32
1.2.3 Aspectos sociales	34
1.2.4 Menores extranjeros no acompañados	36
<b>1.3 Papel del pediatra en el acogimiento residencial infantil</b>	<b>49</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS</b>	<b>46</b>
<b>3. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>52</b>
<b>3.1 Fase preliminar</b>	<b>52</b>
<b>3.2 Muestra</b>	<b>55</b>
3.2.1 Centros objeto de estudio	55
3.2.3 Menores objeto del estudio	58
<b>3.3 Trabajo de campo</b>	<b>59</b>
3.3.1 Seguimiento sanitario	59
3.3.2 Exploración física	63
3.3.3 Valoración psicosocial	66
<b>3.4 Investigación documental</b>	<b>68</b>
3.4.1 Bases bibliográficas	68
3.4.2 Empleo de referencia bibliográficas	69
<b>3.5 Análisis estadístico</b>	<b>70</b>
3.5.1 Estadística descriptiva	70

3.5.2 Inferencia estadística	75
<b>4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>88</b>
<b>4.1 Situación sanitaria de los menores al ingreso en los centros</b>	<b>90</b>
4.1.1 Resultados	90
4.1.2 Discusión	131
4.1.3 Bibliografía	136
<b>4.2 Problemas de salud prevalentes encontrados</b>	<b>138</b>
4.2.1 Resumen	138
4.2.2 Introducción	140
4.2.3 Material y Método	142
4.2.4 Resultados	143
4.2.5 Discusión	145
4.2.6 Bibliografía	152
<b>4.3 Controles y registros sanitarios</b>	<b>155</b>
4.3.1 Resumen	155
4.3.2 Introducción	152
4.3.3 Material y Método	159
4.3.4 Resultados	160
4.3.5 Discusión	162
4.3.6 Bibliografía	167
<b>4.4 Análisis de los factores de riesgo sanitario</b>	<b>169</b>
4.4.1 Resumen	169
4.4.2 Introducción	170
4.4.3 Material y Método	172
4.4.4 Resultados	173
4.4.5 Discusión	174
4.6 Bibliografía	179
<b>5. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>183</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>194</b>

**7. APÉNDICE:** *Informe presentado a la Delegación de Igualdad y Bienestar Social*

# **1. INTRODUCCIÓN**



# **1. INTRODUCCIÓN**

## **1.1 ACOGIMIENTO RESIDENCIAL INFANTIL**

Para un adecuado acercamiento a la realidad institucional en nuestro país, es necesario, por un lado, hacer un breve recorrido histórico por las diferentes formas y conceptos de acogimiento y, por otro, atender a la normativa y legislación vigente que regula en esta materia, ya que la suma de ambas vertientes da como resultado el modelo residencial actual, en constante revisión y cambio.

### **1.1.1 Marco histórico.**

A lo largo de la historia, remontándonos incluso al imperio romano, han existido gran cantidad de instituciones benéficas constituidas con la finalidad de dar alojamiento a enfermos, mendigos, extranjeros, dementes etc... incluyéndose en este grupo, sin ningún tipo de diferenciación durante siglos, a los menores abandonados. Las órdenes religiosas juegan en este marco un papel importante al dirigir en gran medida sus cuidados a estos colectivos, ofreciendo, en la mayoría de los casos, lo que podría entenderse como una atención especializada.

El apogeo de la institucionalización de los pobres, entre los que se incluyen menores desamparados, se produce entre los siglos XVI y XVIII en lo que se conoce como el “movimiento de encierro de pobres”<sup>1</sup>, este movimiento ha estado sujeto a un continuo proceso de cambio en términos conceptuales y legislativos que desarrollaremos a continuación.

Las instituciones de atención a la infancia de forma específica nacen en el siglo XVI ante la necesidad de atender a los niños abandonados y como una forma de prevención del infanticidio surgiendo así los orfanatos, inclusas y reformatorios, muchos de los cuales son concebidos como dependencias especiales de los

hospitales. Estas instituciones eran grandes edificios donde residían los menores apartados del resto de la sociedad con una educación especial para ellos y sin relación con el resto de los niños que se consideraban “normales” hasta que podían valerse por si mismos, inicialmente hasta los 7 años de edad, margen que se fue ampliando con el paso de los años.

Este modelo de atención a la infancia, con pocos cambios tanto en la forma como en el concepto, va a conformar el marco de atención a los menores hasta el primer tercio del siglo XX. Las características principales de dicho modelo son<sup>2</sup>:

- Ingresos indiscriminados: como medida fácil e inmediata, mezclándose los casos de abandono y malos tratos con la falta de recursos económicos, siendo esta la causa de ingreso hasta en un 61% de los casos, según los estudios de la época<sup>3,4</sup>, lo que da una idea de la primacia de las labores de beneficencia de los centros frente a la labor social.

- Instituciones cerradas y autosuficientes: las instituciones, aunque con vocación social y educativa, conservaban el concepto de “encierro de pobres” comentado previamente lo que las constituía en centros cerrados donde los menores no hacían uso de los servicios comunitarios disponiendo de médicos, profesores, zapateros, peluqueros etc... propios, pretendiendo crear un entorno paralelo al mundo exterior autosuficiente.

- Educación como instrucción: los objetivos educacionales fundamentales de los centros eran la formación en normas de aseo, alimentación y limpieza así como el aprendizaje escolar y de algún oficio quedando relegados los aspectos relacionales, de necesidades afectivas y las habilidades básicas de socialización. El resultado de esta educación instructiva eran menores con falta de experiencia y competencia para desarrollarse con autonomía y eficacia en el medio social.

- Atención benéfica y poco profesionalizada: las personas encargadas del cuidado de los menores no tenían preparación específica para ello.

Cabe destacar, como una característica o realidad asociada a este modelo de atención infantil los graves problemas de salud y la alta mortalidad de los menores en los orfanatos e inclusas<sup>5</sup>.

El marco legislativo y estatal en que se encuadraba este modelo de atención macroinstitucional estaba constituido por una amalgama de diferentes entidades y competencias que daban lugar a un conjunto de recursos que en su concepción se encontraban carentes de programación y metodología<sup>6</sup>. A principios de siglo se crea la legislación reguladora de la Obra de Protección de Menores, fundamentalmente la Ley del 12 de Agosto de 1904, para regular la atención de los menores abandonados y de aquellos que presentan conductas socialmente conflictivas, regida por el consejo superior de Menores, órgano dependiente del ministerio de justicia y con competencias estatales. Este consejo estaba compuesto por diferentes vocalías de las cuales una era el Tribunal Tutelar de Menores y otra la Asistencia Social, regida por las Juntas de protección de Menores, de ámbito provincial y local. Sumados a estos aparatos gestores, independientes entre ellos, se encontraban además:

- El Instituto Nacional de Asistencia Social (INAS) con actividad asistencial a todos los colectivos (ancianos, minusválidos, menores...) y que gestionó desde su creación las antiguas residencias del "Auxilio social", la principal diferencia con la Obra protectora de menores era que esta última tenía una finalidad más correctora o vigilante mientras que el INAS asistía a los menores por su condición de necesitados<sup>7</sup>.
- Las diputaciones provinciales disponían de competencias para el mantenimiento de hogares infantiles, institutos de puericultura y maternología, así como, la gestión de la adopción de huérfanos y expósito.
- Los ayuntamientos tenían entre sus competencias prestar atención social a los menores y gestionando las guarderías rurales se pretendía captar la demanda en

el propio contexto donde se desarrolla, actividad similar a la de los equipos familiares de la actualidad.

Este conjunto de instituciones tenían como finalidad última recoger a los niños que tuvieran situaciones familiares de precariedad siendo constante el solapamiento de funciones y objetivos. A partir de asumir las competencias en materias de servicios sociales por parte de las comunidades autónomas, década de los 80, estos organismos desaparecen y la protección de menores queda definida como un recurso especializado de familia e infancia.

Para entender la realidad conceptual y de organización de los centros de acogida actuales, es necesario tener en cuenta el movimiento de crítica que surge a mediados del siglo pasado respecto a las instituciones de atención a la infancia. Durante la década de los cuarenta comienzan a aparecer los primeros estudios que ponen en evidencia las consecuencias físicas y mentales en los niños internados en instituciones, especialmente en las edades más tempranas de la vida. Las primeras definiciones conceptuales del síndrome derivado de la institucionalización fueron argumentadas por Spitz en 1945 acuñando el concepto de “hospitalismo”<sup>8</sup>, término que ha sido ampliamente utilizado para nombrar al síndrome generado por la institucionalización. A estos primeros estudios les siguieron otros entre los que destaca, la definición de la privación maternal por Bowlby en 1951<sup>9</sup>, concepto ampliado por estudios posteriores que demostraron la posibilidad de que dicha deprivación se diera también en el seno de la propia familia<sup>10</sup>. Fueron los trabajos de Patten y Gardner (1962) los que propusieron los primeros criterios para asociar privación social con retraso de crecimiento, síntoma más frecuentemente objetivado en los menores en instituciones<sup>11</sup>.

Todos estos trabajos y estudios derivaron en una crítica inespecífica y en ocasiones poco fundada de las instituciones de acogida, de forma que, ya en la década de los setenta, comenzaron a aparecer publicaciones que dejaban ver que el problema debía enfocarse hacia la mejora de los cuidados y los recursos

en las instituciones <sup>12</sup>, dando lugar a un movimiento de reforma en el modelo institucional pasando del modelo macroinstitucional al de minirresidencias y hogares, estrategia abalada por estudios internacionales como son los realizados por Young Dore y Pappenfort en Estados Unidos en 1989 <sup>13</sup> y el de Skinner en Escocia en 1992 <sup>14</sup>, en los que se realiza un estudio descriptivo de los servicios residenciales del país comparándolos con el modelo existente diez años antes.

Esta progresiva transformación del sistema de protección ha dado lugar a una atención a los niños acogidos en los centros desde criterios de desinstitucionalización, y normalización <sup>15</sup> con vocación integradora y con primacía de las relaciones de afecto y de cuidado permanente e integral frente a las antiguas labores de vigilancia y controladoras de los cuidadores. Hay que advertir que esta transición, al ser competencia de las comunidades autónomas, aunque con objetivos, legislación e idearios comunes, ha generado diferencias en la atención entre los centros nacionales dependientes de los esfuerzos en inversión y políticas regionales. A este respecto, considerar que la tradición e historia ha ejercido un fuerte peso en esta transición motivando, por ejemplo, grandes diferencias entre las proporciones entre centros de gestión pública y concertada entre comunidades.

Por último, para finalizar este breve recorrido por la historia del sistema de acogimiento residencial de menores, apuntar las tendencias de dicha medida de protección desde la transición de la década de los ochenta hasta nuestros días <sup>2</sup>:

- **Disminución del número de niños acogidos en residencias** en probable relación con el desarrollo de los programas de acogimiento familiar y de los servicios comunitarios: centros de día, ayuda a domicilio, etc.
- **Disminución del tiempo de estancia en la residencia** haciéndose grandes esfuerzos porque los niños tengan una separación de su familia lo más breve posible. A este respecto resaltar el aumento de número niños que presenta una alta frecuencia de ingresos y salidas de las residencias en las situaciones de crisis familiar.

- **Aumento de la edad promedio de los niños en residencias.**
- **Cambio en los aspectos arquitectónicos y ubicación de las instituciones** con un estilo de vida más parecido al familiar. No obstante la modificación que han sufrido las residencias es más relevante desde el punto de vista organizativo y de la calidad de las relaciones.
- **Reducción del tamaño**, en torno a 25-30 menores en el caso de las residencias, destacando que ya no se tratan de lugares autosuficientes si no que hacen uso de los servicios comunitarios: sanitarios, educacionales...
- **Cambios en el personal, profesionalización de los técnicos** y disminución de la ratio niños/personal lo que facilita una atención más individualizada.
- **Cambio a un modelo más educativo y de intervención psicosocial.**
- **Diversificación de recursos residenciales** en función de las necesidades, existen centros de acogida inmediata urgente, hogares funcionales, residencias de niños con problemas de adaptación social, apartamentos con mayor autogestión para preparación para la vida independiente etc....
- **Elaboración de condiciones mínimas** por parte de las administraciones competentes para evitar lo que entraría dentro del “maltrato institucional”.
- **Importancia de la familia** tratando de trabajar desde las propias residencias para procurar el regreso del niño, de esta manera los centros se convierte en una ayuda y/o complemento al rol de padres y no en un sustituto.

### 1.1.2 Legislación vigente.

El marco legal en materia de acogimiento residencial de menores está constituido por una serie de normativas y leyes a nivel internacional, nacional y autonómico, organizadas jerárquicamente, esto es, cada legislación se enmarca en la normativa de la administración u órgano inmediatamente superior. Seguidamente resumiremos los aspectos más relevantes de cada una de ellas:

#### a) MARCO LEGAL INTERNACIONAL

El marco legal internacional en el que se encuadran los derechos y la protección del menor en nuestro país, está fundamentalmente recogido en tres documentos, cuya antigüedad data de mediados del siglo pasado.

#### **Declaración de los Derechos del Niño<sup>16</sup>**

Proclamada por la Asamblea General de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos en su resolución 1386 (XIV) de 20 de Noviembre de 1959.

El documento en su preámbulo hace referencia a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que Naciones Unidas aprobó y proclamó en 1948 y a la protección específica que el niño necesita por su falta de madurez física y mental, protección especial que fue enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño.

De forma que “ *considerando que la humanidad debe al niño lo mejor que puede darle*” se enuncian diez principios que resumen los derechos y libertades que todo niño, por su condición de persona y de menor, debe gozar, instándose a los padres, organizaciones particulares y autoridades que reconozcan dichos derechos y luchen por la observación de estos diez principios.

Los derechos recogidos en estos principios deberán ser reconocidos sin excepción ni discriminación por; raza, color, religión, idioma, sexo, posición económica, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, nacimiento u otra condición, ya sea del niño o de su familia, siendo éste el

primer principio, quedan resumidos los novenos restantes en los siguientes ítems:

1. Protección especial
2. Nombre y nacionalidad
3. Atención sanitaria pre y postnatal.
4. Los niños física o mentalmente impedidos recibirán tratamiento y cuidados especiales.
5. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia.
6. Educación gratuita y obligatoria en etapas elementales.
7. Figurarán entre los primeros que reciban protección y socorro.
8. Deberá ser protegido de cualquier forma de maltrato, abandono o explotación.
9. Deberá ser protegido de prácticas que fomenten la discriminación racial, religiosa o de cualquier índole.

### **Convención sobre los derechos del niño<sup>17</sup>**

Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, del 20 de Noviembre de 1989, entrando en vigor el 2 de Septiembre de 1990.

Este documento consta de tres partes en la que se incluyen 54 artículos que desarrollan los diez principios de la Declaración de los Derechos del Niño, mediante los cuales se establecen las órdenes y normas por las que deben regirse las leyes estatales de los estados sujetos a la convención en materias de asuntos sociales, educación y sanidad infantil.

Para el buen funcionamiento y control del cumplimiento de estos artículos se establece en este mismo documento las normas de formación de un órgano específico nacional que se encargue de la observancia del cumplimiento de estas normas por los estados firmantes que recibe el nombre de Comité de los Derechos del Niño, cada comité nacional debe dar un informe puntual de la situación de la infancia en su país que se entregará anualmente, durante los dos primeros años después de su firma y tras esto cada cinco años, este informe queda dividido en tres apartados: observaciones, preocupaciones y recomendaciones sobre la infancia.

Estos informes llegan al Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, conformado por dieciocho miembros independientes. Además del informe gubernamental, el Comité recibe información sobre la situación de los derechos humanos en los países a través de otras fuentes, entre ellas las organizaciones no gubernamentales, organismos de las Naciones Unidas, otras organizaciones intergubernamentales, instituciones académicas y de la prensa. Teniendo presente toda la información disponible, el Comité examina el informe junto con los representantes oficiales del Estado Parte. Sobre la base de este diálogo, el Comité expresa los aspectos positivos, preocupaciones y recomendaciones, conocidas como "observaciones finales", las cuales son públicas.

Resultados del trabajo de este comité internacional a lo largo de los años, son los diferentes protocolos facultativos en materia de: participación de los niños en conflictos armados y la venta de niños, prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía, puestos en marcha en el año 2000.

España es país miembro del Comité de los Derechos del Niño desde el 6 de Diciembre de 1990 adhiriéndose también a los protocolos específicos de venta, prostitución y pornografía el 18 de Diciembre de 2001 y al de conflictos armados el 8 de Marzo de 2002<sup>18</sup>.

### **Convención de La Haya**

Celebrada el 29 de Mayo de 1993 con la finalidad de establecer disposiciones comunes que, tomando en consideración los principios reconocidos en los instrumentos internacionales enumerados anteriormente, regulen las prácticas en materia de adopción y colocación familiar de menores en los planos nacional e internacional<sup>19</sup>.

El documento tiene como objetivos:

- Establecer garantías para que las adopciones internacionales tengan lugar en consideración al interés superior del niño y al respeto a los derechos fundamentales que le reconoce el derecho internacional
- Instaurar un sistema de cooperación entre los Estados contratantes que asegure el respeto a dichas garantías y, en consecuencia, prevenga la sustracción, la venta o tráfico de niños.
- Asegurar el reconocimiento en los Estados contratantes de las adopciones realizadas de acuerdo con el convenio.

En los siete capítulos de los que consta el documento final aprobado en la convención, se establecen las normas y requisitos que deben cumplirse en materia de adopción internacional, vinculando tanto a los países receptores como a los de origen para que se cumplan los objetivos enumerados anteriormente.

#### b) MARCO LEGAL NACIONAL

Al amparo del marco legal internacional expuesto, la legislación nacional en materia de asuntos sociales se basa en trece leyes orgánicas que desarrollan los principios expuestos en los artículos 20, 27 y 39 de la constitución española referentes al derecho a la libertad de expresión, a la educación y al deber de los

poderes públicos de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia, respectivamente.

Debido a la división, desde la Constitución de 1978, de España en autonomías y a la concesión exclusiva a cada administración autonómica en materia de servicios sociales, el mapa legislativo nacional en estas materias, queda a su vez dividido en diecisiete legislaciones autonómicas diferentes todas ellas en el marco de la legislación civil, penal y penitenciaria nacionales.

A este respecto cabe resaltar los cambios legislativos en la última década del siglo XX en estas materias, en las Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño (CRC), en Junio de 2002<sup>20</sup>, se resaltó como aspecto positivo la aprobación de las mismas a nivel nacional y autonómico para ajustar mejor el ordenamiento interno a las disposiciones de la Convención. Dichas leyes son por las que se rigen las legislaciones autonómicas en la actualidad y se agrupan en cuatro:

- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de Enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.
- Ley Orgánica 5/2000, de 12 de Enero, reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores y su Reglamento (Real Decreto 1774/2004), así como las enmiendas al Código Penal con respecto a los delitos contra la integridad sexual (Ley 11/1999) y a la protección de las víctimas de malos tratos (Ley 14/1999).
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección integral contra la violencia de género.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

Otra institución de relevancia y reciente creación a nivel nacional y también valorada positivamente por el CRC, es el Observatorio de la Infancia que consiste

en un grupo de trabajo creado por Acuerdo del Consejo de Ministros el 12 de marzo de 1999, de acuerdo con la Ley 6/1997, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado, adscrito como órgano colegiado al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Los objetivos principales de este grupo son (*disponible en [www.observatoriodelainfancia.msps.es](http://www.observatoriodelainfancia.msps.es)*):

- Conocer el estado de la calidad de vida de la infancia así como los cambios que acontecen en esta situación en nuestro país.
- Realizar el seguimiento de las políticas sociales que afectan a la infancia y la adolescencia.
- Hacer recomendaciones en relación a las políticas públicas que afectan a los niños, niñas y adolescentes.
- Estimular la investigación y el conocimiento de la infancia y la adolescencia para prevenir situaciones problemáticas.
- Publicar estudios y hacer informes periódicos que contribuyan a una mejor aplicación de los derechos de la infancia y la adolescencia, así como al conocimiento de sus necesidades.

Por último, destacar, como documento relevante del trabajo de los últimos años del Observatorio en colaboración con las comunidades autónomas, la publicación del Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2006-2009<sup>21</sup>, primer documento de estas características de la historia de España que marca la hoja de ruta estatal de la legislación y normativa en materia de menores durante dicho periodo. Respecto al tema que nos ocupa, el objetivo estratégico 6, así como, las medidas a adoptar para su consecución, abordan la problemática de los menores en desamparo, cito literalmente:

*“Potenciar la atención e intervención social a la infancia y adolescencia en situación de riesgo, desprotección o discapacidad y/o en situación de exclusión*

*social, estableciendo criterios compartidos de calidad y mejores prácticas susceptibles de evaluación”*

Entre las medidas a adoptar acordadas se encuentran: fomentar líneas de investigación en esta materia, impulsar y consolidar la implantación de sistemas de gestión de calidad en los servicios especializados de protección de menores, elaborar protocolos que definan criterios de calidad, evaluación y seguimiento en la intervención social con la infancia aplicable al acogimiento familiar, residencial..., potenciar el acogimiento familiar y la consolidación de programas de autonomía para extutelados entre otras.

c) MARCO LEGAL AUTONÓMICO.

Como apuntábamos anteriormente, cada autonomía tiene su propia legislación en materia de asuntos sociales y menores en el marco de la legislación nacional. Legislación que controla y observa el buen funcionamiento en materias de sanidad, educación, inmigración, adopción internacional, riesgo social etc... de la población infantil a su cargo.

Al amparo del artículo 13, apartados 22 y 23 del Estatuto de Autonomía Andaluz se aprueba la Ley 1/1998 de 20 de Abril de los derechos y la atención del menor, que concreta y actualiza el ejercicio de las competencias andaluzas respecto de la protección de los derechos de los menores y los procedimientos necesarios para la aplicación de medidas adecuadas.

La citada ley se estructura en cuatro títulos <sup>22</sup>:

- **El primero** de ellos establece su objeto y ámbito de aplicación, los principios generales que la inspiran y las actuaciones concretas a que se comprometen las Administraciones Públicas de Andalucía
- **El título segundo**, dedicado a la protección de los menores, regula los criterios de actuación y el ámbito competencial de las distintas entidades que intervienen en la protección infantil.

- **El título tercero** aborda las medidas adoptadas por los Jueces de Menores.
- **El cuarto** y último título, establece el régimen sancionador de la Ley.
- En **disposiciones adicionales** se crea la figura del defensor del menor, se especifica la especial vinculación en la aplicación de esta norma por parte de la Unidad del Cuerpo Nacional de Policía, se contempla la elaboración del Plan Integral de la Infancia, se establecen medidas concretas para la formación e investigación, se prevé la prioridad presupuestaria y, por fin, con esta ley, Andalucía se compromete con los menores de otros países.

-

Los criterios de actuación de las entidades públicas y / o privadas (habilitadas para ello con arreglo a lo dispuesto en la legislación estatal) autonómicas o locales, con respecto a los menores en riesgo social quedan recogidos en el título segundo, artículo 19 de la ley que nos ocupa y son:

- Fomentar medidas preventivas para evitar *situaciones de riesgo* (definidas en el artículo 22, como aquellas situaciones en las que existan carencias o dificultades en la atención de las necesidades básicas que los menores precisan para su correcto desarrollo físico, psíquico y social) y de desprotección para los menores.
- Procurar la permanencia del menor en su propio entorno familiar.
- Cuando las circunstancias aconsejen su salida del medio familiar propio, se actuará de forma prioritaria a través de medidas de alternativa familiar.
- Cuando no sea posible la permanencia del menor en su propia familia o en otra familia alternativa, se procederá a su acogida en un centro de protección, con carácter provisional y por el periodo más breve posible.
- Se promoverán medidas tendentes a la reinserción familiar del menor, siempre que sea posible.

- Se potenciará el desarrollo de programas de formación profesional e inserción laboral de los menores sometidos a medidas de protección, con el fin de facilitar su plena autonomía e integración social al llegar a la mayoría de edad.
- Cualquiera que sea la medida que se adopte, se procurará que los hermanos se confíen a una misma institución o persona.
- Con el fin de garantizar la objetividad e imparcialidad en su actuación protectora, las Administraciones Públicas de Andalucía adoptarán las oportunas medidas de forma colegiada e interdisciplinar.

-

Los organismos públicos adquieren su máximo protagonismo en cuanto a la salvaguarda de los menores en los casos en los que asume la tutela de menores en situación de desamparo, bajo el cumplimiento del sexto principio de la Declaración de los Derechos del Niño, ampliamente desarrollado en la legislación internacional y estatal y que queda recogido en el Artículo 23 de la presente ley, considerándose situaciones de desamparo las siguientes:

- El abandono voluntario del menor por parte de su familia.
- Ausencia de escolarización habitual del menor.
- La existencia de malos tratos, físicos o psíquicos o de abusos sexuales por parte de las personas de la unidad familiar o de terceros con consentimientos de éstas.
- La inducción a la mendicidad, delincuencia o prostitución, o cualquier otra explotación económica del menor de análoga naturaleza.
- La drogadicción o el alcoholismo habitual del menor con el consentimiento o la tolerancia de los padres o guardadores.
- El trastorno mental grave de los padres o guardadores que impida el normal ejercicio de la patria potestad o la guarda.
- Drogadicción habitual de las personas que integran la unidad familiar y, en especial, de los padres, tutores o guardadores del menor,

siempre que incida gravemente en el desarrollo del bienestar del menor.

- La convivencia en un entorno sociofamiliar que deteriore gravemente la integridad moral del menor o perjudique el desarrollo de su personalidad.
- La falta de las personas a las cuales corresponde ejercer las funciones de guarda o cuando estas estén imposibilitadas para ejercerlas o en situación de ejercerlas con peligro grave para el menor.
- 

Cualquier entidad pública o privada que detecte una situación de desamparo debe ponerlo en conocimiento de las entidades pertinentes, iniciándose inmediatamente expediente de protección independientemente de las medidas que se adopten posteriormente y sin perjuicio de la adopción de las medidas inmediatas de atención que el menor requiera.

En esta línea, cuando la tutela del menor pasa a organismos públicos se pueden adoptar diferentes medidas protectoras, debiendo ser estudiado cada caso de forma individual para resolver la mejor opción para el menor. Estas medidas son<sup>23</sup>:

- Alternativa familiar: acogimiento familiar (simple, permanente o preadoptivo) o adopción.
- Alternativa residencial: centros de acogida inmediata, residencias, casas, casas tuteladas y centros específicos.
- 

La normativa a este respecto está recogida en los artículos del 26 al 42:

- **Acogimiento familiar:** principios por los que se rige:
  - 1) Prioridad en su utilización sobre la medida de alojamiento del menor en centros.

2) Evitar, en lo posible, la separación de hermanos y procurar su acogimiento por una misma persona o familia.

3) Favorecer la permanencia del menor en su propio ambiente, procurando que el acogimiento se produzca en su familia extensa, salvo que no resulte aconsejable en orden al interés del menor.

- **Adopción:** criterios de propuesta de adopción:

1) Que la adopción atienda al interés preferente del menor.

2) Que se prevea la imposibilidad de reintegración adecuada del menor en su familia natural.

3) Que se haya producido un periodo previo de acogimiento familiar con los adoptantes, que garantice una plena integración familiar.

4) Que se constate la conformidad del adoptando mayor de doce años y se valore su opinión si fuere menor de esa edad pero tuviera suficiente juicio.

5) Que exista constancia de que los padres prestarán su asentimiento a la adopción, salvo que estuvieren imposibilitados o no sea necesario el mismo en los supuestos legalmente establecidos.

- **Acogimiento residencial:** medida que se adoptará cuando no hayan podido cumplirse ninguna de las anteriormente expuestas y durante el menor tiempo posible, los centros de protección en cuanto a su organización deben cumplir la normativa legal y poseer las siguientes características:

1) Reglamento de funcionamiento interno democrático.

2) Modelo de dimensiones reducidas.

- 3) Cada menor deberá contar con un proyecto socio-educativo que persiga su pleno desarrollo físico, psicológico y social.
  - 4) Potenciar la preparación escolar y ocupacional de los menores, al objeto de facilitar, en lo posible, su inserción laboral.
- **Acogimiento en centros específicos:** para menores con deficiencias o discapacidades y menores toxicómanos.

La normativa reguladora que desarrolla la ley anterior respecto al acogimiento residencial de menores se concreta en el decreto del 16 de Diciembre de 2003<sup>24</sup>. El decreto se divide en 7 artículos que regula los diferentes aspectos del acogimiento residencial, a continuación destacaremos los ítems más relevantes de cada uno:

- **Título 1. Disposiciones generales,** en donde, entre otras consideraciones, se detallan los principios en los que se basa el acogimiento residencial: promover el pleno desarrollo de la personalidad de los menores y su integración social, el interés del menor presidirá todas las decisiones que se adopten, la medida institucional se mantendrá el tiempo estrictamente necesario, se fomentará la convivencia entre hermanos, se procurará la estabilidad residencial y el acogimiento en la misma provincia de origen y se potenciará la preparación escolar y ocupacional de los menores.
- **Título 2. Derechos de los menores y sus garantías,** donde se contempla el cumplimiento de todos los derechos de los menores: seguridad y confidencialidad, trato personalizado, intimidad y libertad de expresión, información, relaciones personales, salud y educación. Y garantía para el y sus familias de información, irrenunciabilidad, efectividad y reclamaciones quejas y sugerencias.
- **Título 3. Centros de protección de menores,** dichos centros deben regirse por los principios enumerados en el título 1. Se dividen en 2 tipos:

- 1) Casas: núcleos de convivencia ubicados en viviendas normalizadas que siguen los patrones de unidades familiares.
- 2) Residencias: centros de agrupan varios núcleos de convivencia similares al de las casas y en los que los menores comparten espacios comunes.

En el resto del título se regulan las posibles situaciones de urgencia o emergencia del menor, las normativa en cuanto a convivencia, normas correctoras, administrativas etc...

- **Título 4. Relaciones familiares y con la comunidad**, regula las relaciones con la familia conforme a lo dispuesto en resolución judicial así como con el entorno que debe tener la finalidad de potenciar la socialización de los menores.
- **Título 5. Organización de la acción educativa**, cada centro debe disponer de un marco o proyecto educativo general además de uno individualizado para cada menor así como de un proyecto de evaluación y seguimiento del mismo.
- **Título 6. Personal de los centros**, regula la estructura organizativa de los centros de protección dotada de: dirección, subdirección, equipo educativo (ejercen la labores de cuidado, orientación, acompañamiento...), equipo técnico (trabajadores sociales y psicólogos) y personal administrativo. Regula además la participación de voluntariado así como prácticas académicas o profesionales y estudios de investigación, normativa a la que nos acogimos para realizar nuestro estudio:

*Artículo 69 "sólo se realizarán, con carácter excepcional, prácticas académicas, profesionales o trabajos de investigación en centros de protección, cuando así lo autorice la Dirección General competente en materia de protección de menores, de acuerdo con la entidad titular del mismo, porque sea conveniente para el sistema de protección de menores"*

- **Título 7. Organización administrativa**, regula las competencias y funciones de las diferentes direcciones y delegaciones provinciales.

-

Además de la leyes detalladas, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (CIBS) publica, con diferente periodicidad, órdenes de regulación interna, que desarrollan la normativa a seguir para el correcto funcionamiento de los diferentes programas de acogimiento y para el correcto cumplimiento de la ley<sup>25-27</sup>. De tal forma que cuando un menor es declarado en desamparo, se pone en marcha el siguiente protocolo:

Internamiento del menor en un centro de acogida inmediata (CAI) o acogimiento familiar de urgencia donde podrá permanecer el tiempo necesario hasta la resolución de la situación, con tres posibilidades:

a) Acogimiento familiar, en familia extensa o familia colaboradora.

b) Ingreso del menor en un centro de larga estancia, centros que se dividen a su vez en:

- Programa residencial básico, que acogen menores que no precisan necesidades especiales.

- Programa de madres gestantes.

- Programa de emancipación.

- Programa de atención a menores con discapacidad.

- Programa de atención a menores con conflicto social.

- Programa de atención a menores con trastorno de la conducta.

c) Entrada en programa de adopción.

**El ingreso del menor en un centro de larga estancia**, debe acompañarse de la realización por parte de las instituciones pertinentes, en este caso, CIBS y CAI, de un informe: social, psicológico, sanitario, familiar del menor <sup>27</sup> que constará en el expediente de los mismos.

El informe sanitario será facilitado por el CAI, debiendo ser realizado por el pediatra adscrito al centro, en centros que acogen menores por debajo de los 12 años o por el pediatra del centro de salud, en los casos restantes <sup>27</sup>. En caso de que el menor no disponga de dicho informe, el centro que lo acoge deberá poner los medios necesarios para que se realice la revisión médica pertinente y el informe resultante se adjunte al expediente del menor.

Según la normativa de la delegación provincial de salud, la realización del informe médico debe solicitarse mediante el Modelo 111/01 de la Consejería en los centros de salud pertinentes y debe incluir los siguientes apartados:

- Datos de filiación.
- Anamnesis (antecedentes personales y familiares, hábitos, alergias, vacunaciones...)
- Exploración clínica por órganos y aparatos.
- Exploraciones complementarias:
  - Hemograma.
  - VSG.
  - Orina.
  - Mantoux.
  - Serologías (salmonella, brucela, sífilis, toxoplasma, hepatitis A,B,C, VIH)
  - Edad ósea.

### **1.1.3 Situación actual y perspectivas de futuro.**

Las cifras del sistema de protección, según los últimos datos publicados por el observatorio de la infancia en el Boletín de Estadística Básica de Medidas de

Protección en 2010<sup>28</sup>, han experimentado un notable aumento en cuanto a los menores atendidos en los diferentes programas de protección en los últimos años (Tabla 1). La aparición en el panorama de la infancia española de la figura del menor extranjero no acompañado (MENA), ha contribuido en gran medida a este incremento, las características propias de este grupo serán analizadas con posterioridad.

**Tabla 1. Número de menores en los diferentes programas de protección en los últimos años (2000-2008) en España, atendiendo a la situación en el último día de cada año.**

Medidas de protección	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Tutelas</b>	24466	25343	24502	25589	26438	26614	29947	30818	32055
<b>Acogimiento residencial</b>	15207	14742	14556	14072	14159	13276	14683	14948	15493
<b>Acogimiento familiar administrativo</b>	11454	12910	14146	14912	14793	14367	13642	14694	11571
<b>Acogimiento familiar judicial</b>	7972	7726	9011	8225	7852	8663	8623	9664	9398

Es importante destacar, para la adecuada lectura de la tabla, que la suma de estas cifras no dará como resultado el total de menores en el sistema de protección si no el total de medidas de protección aplicadas. El total de menores en el sistema de protección el último día de 2008 asciende a 45.432, según el observatorio de la infancia, considerando que esta cifra puede ser algo superior ya que algunas comunidades autónomas únicamente facilitan los datos de las guardas y las tutelas pudiendo existir menores en otro tipo de medidas. A nivel de comunidades autónomas, Andalucía ocupa el segundo puesto a nivel estatal con un total de 6876 menores con alguna medida de protección por detrás de Cataluña que cuenta con 7654 menores tutelados.

En los datos expuestos se aprecia que el acogimiento residencial permanece como la medida de protección predominante en nuestro país, siendo el acogimiento familiar administrativo la segunda en frecuencia.

En este marco el 1 de Octubre de 2008 se configura en el senado una comisión especial de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines. El origen de esta comisión hay que situarlo en un escrito que el 19 de Septiembre de 2008 25 senadores dirigen a la mesa del senado solicitando la creación de una comisión especial sobre esta materia con la finalidad de estudiar:

*...“la forma en que la Comunidades Autónomas están solventando los principales problemas que plantea; su relación con la adopción internacional, para conocer si el impacto de su crecimientos en los últimos años ha podido condicionarla; **la situación y perspectivas de institucionalización de menores desamparados; la eficacia de las diferentes modalidades de acogimiento; la cooperación entre las distintas administraciones competentes; los efectos de la dilatada institucionalización de los menores en su desarrollo personal; la suficiencia de la normativa actual para hacer frente a los procesos de acogimientos y adopción nacional; y cuantos aspectos afecten directa o indirectamente al interés superior del menor; bien jurídico fundamental a proteger”....***

La comisión compuesta por 26 senadores celebró 21 sesiones hasta Junio de 2010 en la que han intervenido 39 comparecientes, a saber, 13 miembros de consejerías de igualdad y bienestar social de diferentes comunidades autónomas, 15 miembros de ONG o asociaciones ligadas con el proceso de adopción o acogimiento familiar, 2 defensores del menor, 2 psicólogos/pedagogos, 2 abogados, 2 jueces de menores y familia y 1 pediatra. El informe de la comisión fue publicado en el boletín oficial de las cortes generales del 17 de Noviembre de 2010 y las recomendaciones respecto a las medidas de protección y al acogimiento residencial específicamente, que delimitan el marco de la futura legislación en esta materia, se resumen en<sup>29</sup>:

- Considerar al acogimiento residencial como subsidiario respecto de otras medidas más adecuadas para los menores priorizando legislativamente la alternativa del acogimiento familiar frente al residencial.
- Establecer un control de los estándares de calidad previamente fijados.

- Promover la formación de equipos psicosociales estables que permanezcan en el tiempo. Fomentar la figura de tutores de resiliencia de modo que cada educador pueda atender de forma personalizada a un número adecuado de menores fomentando el vínculo entre ellos.
- Racionalizar los recursos, de modo que los equipos psicosociales tengan un ratio de atención de menores que haga su trabajo más eficaz.
- Implantar Sistemas de evaluación y registro del acogimiento residencial con el objetivo de asegurar que cada menor acogido en hogares tenga una evaluación individualizada y una valoración continua del alcance de los objetivos logrados, adoptando un protocolo de plan de caso.
- Fijar plazos máximos para el acogimiento residencial.
- Suprimir legalmente el acogimiento residencial para menores de 6 años, de forma escalonada, de forma que la medida sea efectiva en <3años.
- Diferenciar los distintos supuestos que dan lugar a la institucionalización para su adaptación a las necesidades específicas de los menores.
- Aprobar un marco común estatal de funcionamiento de los centros de acogida que garantice los derechos de los menores.
- Revisar el actual sistema de gestión de los centros.
- Potenciar los sistemas de inspección de los centros.
- Crear y/o reforzar unidades de salud mental-juveniles.
- 

Por último, habida cuenta de la pertenencia de España a la convención de los derechos del niño, es necesario hacer mención a las observaciones finales del último informe del comité internacional de los derechos del niño de Octubre de 2010<sup>30</sup> respecto al acogimiento residencial, observaciones que deberán ser tenidas en consideración en los siguientes 4 años en las medidas que se adopten en esta materia. Dichos aspectos están recogidos en los apartados 41, 42 y 43 del documento en los cuales destaca:

- Como aspecto positivo, los esfuerzos realizados para priorizar el acogimiento familiar frente al residencial.

- Como aspecto negativo, la situación de los menores con conductas sociales disruptivas insitucionalizados debido a la amplia diversidad de centros y programas de intervención, llegando a suponer, en algunos casos, una alta merma de la libertad de los menores. Las recomendaciones a este respecto son:
  - 1) Utilizar como último recurso el internamiento de los menores en dichos centros.
  - 2) El internamiento de los menores en dichos centros solo se realizará tras resolución judicial.
  - 3) Establecimiento de un grupo independiente de monitorización y seguimiento de la situación de los menores en dichos centros.
  - 4) Evaluaciones periódicas y estancias lo más breves posibles.
  - 5) Se precisa la existencia de equipos terapéuticos así como de programas familiares y comunitarios para facilitar la reinserción de los menores así como su manejo en el ámbito familiar.

## **1.2 PERFIL BIOPSIICOSOCIAL DE LOS MENORES EN CENTROS DE ACOGIDA.**

Partiendo de la definición que la OMS hizo de la salud en 1947 como *“completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad”* nos disponemos a abordar las dimensiones físicas, mentales y sociales de los menores institucionalizados que circunscriben el estado de salud de los mismos. Tomamos en consideración, como realidad diferente, la de los menores extranjeros no acompañados dadas las peculiares características de este grupo.

En cuanto a los datos sociodemográficos de los menores institucionalizados, según las series publicadas, se observa, en general, un ligero predominio de la población masculina, así como, una edad media entre los 7.3 y 11.5 años (tabla 2)<sup>31-34</sup>. Destacar que estos datos pueden estar condicionados por las diferentes metodologías de los estudios ya que en el caso de las series internacionales generalmente incluyen menores en acogimiento familiar transitorio.

**Tabla 2. Datos sociodemográficos de los menores institucionalizados.**

<b>ESTUDIO</b>	<b>T. Muestra</b>	<b>Sexo (♂/♀)</b>	<b>Edad</b>
<b>Zaragoza 1999</b>	776	53.6% / 46.4%	7.3 años
<b>Madrid 2000</b>	740	66.6% / 33.4%	11.5
<b>Sidney 2007</b>	122	58% / 42%	5 años
<b>Utah 2008</b>	6177	49% / 51%	6 años

### 1.2.1 Salud física.

El conocimiento de los problemas y necesidades sanitarias de los niños atendidos en centros de protección a nivel nacional, y también internacional, es escaso, en líneas generales podría decirse que, las mejoras de las condiciones sociales, ambientales, afectivas y sanitarias de los centros de protección en las últimas década, han condicionado una mejora cualitativa del estado de salud de los menores atendidos, superando los primeros estudios de mediados del siglo XX, actualmente los menores presentan los problemas de salud de la población infantil normalizada y otros específicos de este sector poblacional<sup>32,35</sup>, determinados, en gran medida, por los factores y circunstancias sociales que han motivado su ingreso en el centro.

Es necesario resaltar que la práctica totalidad de los estudios recientes a este respecto, nacionales e internacionales, son referidos al estado de salud de los menores en el momento del ingreso en el centro y/o en el sistema de protección (destacando que el acogimiento familiar es la medida de protección más frecuente en países anglosajones). En una revisión realizada por el Dr. Oliván en el año 2003, sobre las publicaciones en esta materia<sup>36</sup>, se observa que entre un 45-95%, según las series, de los menores presentan al menos un problema de salud física, mental o del desarrollo madurativo. En cuanto a los menores

españoles en los que se adopta el acogimiento familiar como medida de protección, se observa que las cifras son similares ya que hasta un 44.3% de los niños presentan problemas de salud importantes<sup>37</sup>.

Los problemas de salud física que más frecuentemente presentan los menores al ingreso en los centros son los dermatológicos seguidos de los dentales (Tabla 3). Publicaciones posteriores arrojan resultados similares en cuanto al porcentaje de menores con algún problema de salud (3-46%), así como, respecto a las alteraciones detectadas, evidenciándose un aumento del porcentaje de los menores con sobrepeso y obesidad, que cifran en torno al 20%, y una mayor prevalencia de alteraciones otorrinolaringológicas<sup>33,34,38</sup>. En un estudio realizado por nuestro grupo en la misma muestra de menores se evidenció una elevada prevalencia de caries en la dentición temporal y permanente y una fluorosis del esmalte dental mayor que la descrita en la población general, condicionadas por unos hábitos dietéticos deficientes (con un elevado consumo de azúcares) y mal hábito higiénico<sup>39</sup>.

En cuanto a las patologías asociadas a la condición de institucionalización de los menores, destacan principalmente los problemas psíquicos o de salud mental, que desarrollaremos en el siguiente apartado, respecto a las alteraciones físicas detectadas son frecuentes<sup>36</sup>:

- **Daños y lesiones:** accidentales, peleas, autoinfligidas o por intentos de fuga.
- **Enfermedades transmisibles respiratorias:** faringoamigdalitis, bronquitis, neumonía, gripe, mononucleosis infecciosa, tuberculosis...
- **Enfermedades transmisibles por vía digestiva:** gastroenteritis, parasitosis, hepatitis A...
- **Enfermedades dermatológicas:** eccemas, micosis, piodermis, pediculosis, sarna..
-

**Tabla 3. Problemas de salud física de los menores al ingreso en los centros.**

---

<b>PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS</b>	
1. Problemas dermatológicos (infecciosos, lesionales, dermatitis) :	<b>17-61%</b>
2. Problemas dentales :	<b>12 – 51%</b>
3. Trastorno del crecimiento y nutrición (en global):	<b>14-43%</b>
- Obesidad:	<b>6-15%</b>
- Fallo de medro (<3años):	<b>10-46%</b>
- Talla baja (>3años):	<b>7-33%</b>
4. Trastornos oftalmológicos :	<b>18-32%</b>
5. Enfermedades del aparato respiratorio:	<b>10–33%</b>
6. Inmunizaciones ausentes o incompletas (al menos una):	<b>10–31%</b>
7. Trastornos del aparato digestivo:	<b>8–18%</b>
8. Trastornos otorrinolaringológicos:	<b>8-16%</b>
9. Problemas ortopédicos:	<b>5-11%</b>
10. Trastornos genitourinarios:	<b>5-10%</b>
11. Enfermedades infecciosas transmitidas verticalmente:	<b>3-8%</b>
12. Enfermedades infecciosas de transmisión sexual:	<b>1-11%</b>
13. Embarazo:	<b>3-8%</b>
14. Trastornos cardiovasculares:	<b>2-4%</b>
15. Trastornos neuromusculares:	<b>1-3%</b>
16. Otros: Mantoux positivo , Niveles elevados de plomo sérico:	<b>2-12%</b>

---

Si atendemos a los problemas o condicionantes de salud física de los menores institucionalizados, es necesario resaltar, el elevado porcentaje de patologías crónicas que precisan seguimiento especializado y que, pese a esta realidad, en la literatura revisada, se constatan frecuentemente la existencia de serias dificultades para dicho seguimiento, dificultades derivadas principalmente de: la falta de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, la alta movilidad de los menores, del gran número de personas encargadas de su cuidado y la falta de acceso a la historia clínica de los niños<sup>40-43</sup>.

A este respecto, en un estudio realizado en Estados Unidos con un tamaño muestral de 6228 menores en el sistema de protección, se detectó que hasta en un 40% de los casos presentaban algún tipo de patología crónica, este estudio demostró, mediante la realización de encuestas cruzadas entre cuidadores, menores y personal sanitario, la existencia de dificultades para la detección de

patología crónica física y/o mental por parte de los cuidadores<sup>44</sup>, lo que pone de manifiesto la importancia de la realización de exámenes de salud a los menores al ingreso para detectar precozmente la patología existente y realizar un adecuado abordaje.

En este punto, resulta muy interesante el trabajo realizado en Australia, en 2009, en el que los autores evaluaron el grado de cumplimiento de las recomendaciones médicas realizadas a los cuidadores en el momento del ingreso de los menores tras un año. Se demostró que, hasta en un 21.5%, de los casos dichas recomendaciones no se habían llevado a cabo, de los cuales, hasta en el 10% se desconocía la existencia de la misma, concluyendo que, la alta movilidad de los menores (hasta un 50% habían cambiado al menos una vez su ubicación inicial), así como, la falta de adaptación del servicio sanitario a la realidad del sistema de protección (listas de espera, falta de acceso a la historia clínica..) eran los principales condicionantes de esta falta de cumplimiento<sup>42</sup>.

A nivel nacional, el único estudio a este respecto, es el realizado por Fernández del Valle en el 2008 en menores en acogimiento familiar, se evidenció que el 47% de los menores presentaban mejoría de los problemas de salud que presentaban al ingreso, un 24.8% se mantuvo estable y hasta 28% empeoraban de su patología de base.

### **1.2.2 Salud mental.**

La presencia de alteraciones psicopatológicas en menores en sistema de protección es muy elevada según todos los estudios analizados, se han descrito cifras de hasta el 80% en algunas series, si asumimos dentro de este grupo alteraciones del comportamiento, trastornos afectivos/emocionales y/o distocias sociales que han requerido cualquier tipo de intervención<sup>33,34,36,45,46</sup>. En la tabla 4 se enumeran los principales diagnósticos psicopatológicos de los menores al ingreso en los centros.

**Tabla 4. Problemas de salud mental y del desarrollo observados en el momento del acogimiento de los menores.**

<b>PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS</b>	
<p><b>Trastornos psicopatológicos:</b>                      Trastornos afectivo-emocionales :<b>55-80%</b>                      Trastorno de la conducta: <b>21-52%</b>                      Trastorno de déficit de atención: <b>18-32%</b>                      Trastorno de oposición desafiante:<b>17-35%</b>                      Abuso de sustancias (&gt;10a): <b>14-41%</b>                      Trastorno de ansiedad:<b>8-20%</b>                      Trastorno de estrés postraumático: <b>9-10%</b>                      Consideración planeo o intento de suicidio:  <b>4- 15%</b>                      Enuresis/encopresis : <b>3-7%</b>                      Depresión mayor :<b>3-6%</b>                      Otros problemas psicopatológicos:<b>8-11%</b></p>	<p><b>Trastornos del desarrollo madurativo:</b>                      En niños preescolares:<b>15-60%</b>                      En niños mayores: <b>38-84%</b></p>

En términos generales, existen tres factores que condicionan el perfil psicológico de los menores atendidos en los centros de acogida:

- 1) **Factores derivados de su pertenencia a un medio familiar muy específico.** Dicha realidad familiar está relacionada en la mayoría de los casos con situaciones de maltrato, negligencia y/o abuso que provocan un trauma psicológico que perturba el desarrollo infantil con riesgo de sufrir alteraciones persistentes de la regulación emocional y comportamental<sup>47,48</sup>.
- 2) **Factores derivados de la institucionalización, más o menos prolongada.** En este sentido puede observarse: trastornos emocionales relacionados con la separación y pérdida, trastornos emocionales relacionados con el estrés, trastornos de comportamiento, trastornos de alimentación, trastornos del sueño, somatizaciones y síndrome de abstinencia en adictos a sustancias<sup>36</sup>. En un estudio realizado en Estados Unidos con 15507 menores en el sistema de protección se observó una mayor

utilización de los servicios de salud mental, especialmente por parte de aquellos que se encuentran en centros, los diagnósticos más frecuentes fueron, déficit de atención, depresión y problemas del desarrollo, siendo los tratamientos farmacológicos más habituales los estimulantes, antidepresivos y anticonvulsivantes<sup>49</sup>.

- 3) **Factores derivados de la propia personalidad del niño.** La institucionalización puede condicionar, en menores predispuestos, la descompensación de una enfermedad psiquiátrica previa.

La problemática psicológica y/o psiquiátrica de estos menores ha demostrado condicionar una amplia problemática psíquica, afectiva y física durante la adolescencia y la edad adulta donde se incluyen, la personalidad límite y antisocial, el abuso de sustancias, trastornos disociativos, afectivos, somatomorfos, alimenticios, inmonológicos, neurológicos y sexuales<sup>50-52</sup>.

Habida cuenta de la alta prevalencia de patología psicológica y psiquiátrica de los menores, así como, su papel condicionante de patología ulterior durante la edad adulta, es normativo, como se recogió en el apartado pertinente de este trabajo, la existencia de un psicólogo dentro del equipo técnico de los centros que trabaje de manera individualizada y colectiva con los menores<sup>24</sup>.

A este respecto, es importante destacar la alta prevalencia de diagnósticos de conductas disruptivas y alteraciones del comportamiento, en comparación con los diagnósticos psicopatológicos internalizantes (ansiedad, depresión...) en tratamiento psicoterapéutico específico, demostrándose, en aquellos grupos en los que se ha sometido a los menores a una valoración psicológica externa, que existe un infradiagnóstico de dichos cuadros, en opinión de los autores, por suponer un menor perjuicio en la convivencia y el funcionamiento del grupo<sup>53,54</sup>.

### **1.2.3 Aspectos sociales.**

Como exponíamos en el primer apartado de la presente introducción, las medidas de protección, entre las que se incluye el acogimiento residencial,

tienen como finalidad separar al menor del ambiente sociofamiliar patológico que le rodea y que da lugar a una o más de las circunstancias consideradas como desamparo del menor que recoge la legislación vigente<sup>22</sup>, ya expuestas.

Las características sociales de estos grupos familiares podrían resumirse en<sup>55</sup>:

- Bajo nivel cultural y formativo.
- Periodos intermitentes de paro y/o falta de recursos económicos.
- Actividades de tipo marginal.
- Falta de vivienda o vivienda inadecuada.
- Algún miembro familiar con enfermedad física o mental.
- Padres con abuso de alcohol o drogas.
- Padres que ejercen una función educativa distorsionada.
- Negligencia en cuidados físicos y/o psicológicos.
- Relaciones familiares conflictivas.
- Familias incorporadas al trabajo de los Servicios Sociales de zona, con las que se ha realizado intervenciones sin éxito.
- 

Respecto a la problemática sociofamiliar encontrada en los menores en el sistema de protección a nivel nacional se detecta que el 50-60% provienen de familias denominadas de “riesgo social”, 25-30% con problemática de drogodependencia, 10-15% con problemática de salud mental y alrededor del 40% de familias multiproblemáticas (suman dos o más de los problemas mencionados)<sup>31,36,56</sup>.

La influencia de la familia, la educación y el ambiente socioeconómico en el estado de salud, así como, en los factores de riesgo sanitarios, ha sido ampliamente demostrado<sup>57-59</sup>. En este sentido, los menores institucionalizados suponen un núcleo poblacional de mayor vulnerabilidad social y sanitaria dadas las condiciones familiares previas a su ingreso en los centros y las condiciones sociosanitarias posteriores generadas por su situación de desamparo e ingreso en el sistema de protección, expuestas ampliamente en los apartados anteriores.

A este respecto, son escasas las referencias que estudian la problemática sociosanitaria o factores de riesgo sanitario de los menores en el sistema de protección de forma global, en general todos los autores, asumiendo las diferencias metodológicas y los diferentes factores estudiados, concluyen que dichos factores o realidades son más prevalentes en los menores institucionalizados que en la población general<sup>48,53,60-65</sup>. En cuanto a los factores de riesgo sociosanitario estudiados y sus prevalencias en menores en acogimiento, los resultados, según las diferentes series, son:

- **Distocias sociales** que suponen la participación en peleas, agresiones y ser portadores de algún tipo de arma: **13-35%**.
- **Consumo de drogas** (principalmente alcohol, tabaco y marihuana): **15- 39.4%**.
- **Fracaso escolar 24.5-26%**. En general estos niños tienen un potencial intelectual normal, pero su rendimiento escolar se ve interferido por la situación social en la que se encuentran.
- **Actividades sexuales de riesgo** que incluyen relaciones sexuales precoces (<15 años), escaso uso de métodos anticonceptivos y/o medidas de prevención de enfermedades de transmisión sexual y promiscuidad entre otras **5.3-58.5%**.
- **Embarazo precoz** (<15 años) **0.7-18.7%**.
- **Ideación de suicidio: 7.7-14.4%**.

Con todo lo expuesto, es importante destacar que existen numerosos estudios que demuestran el carácter beneficioso del acogimiento residencial sobre los problemas de salud mental y física, así como, en el desarrollo físico, psicológico e intelectual y en la integración social de los menores<sup>36,41,66</sup>.

#### **1.2.4 Menores extranjeros no acompañados.**

El Consejo de la Unión Europea define a los Menores Extranjeros No Acompañados (MENA) como *“aquellos niños y adolescentes menores de 18 años nacionales de terceros países que se encuentran en el país receptor sin la*

protección de un familiar o adulto responsable que habitualmente se hace cargo de su cuidado ya sea legalmente o con arreglo a los usos y costumbres”, este sector poblacional tiene unas características sanitarias y sociales propias diferentes a las de los menores autóctonos que residen en centros de protección por lo que requiere una revisión independiente de la que nos ocuparemos en el siguiente apartado.

La migración de los MENA comienza en nuestro país a principio de la década de los noventa, presentando un aumento progresivo hasta principio de siglo momento a partir del cual mantiene una tendencia estable algo decreciente, este perfil es similar al que se observa en todo el sur de Europa<sup>67</sup>. En la tabla 5 se recogen los datos publicados por el Observatorio de la Infancia sobre los MENA residentes en centros de acogida de Andalucía (2003-2009), comunidad

autónoma con mayor número de afluencia de MENA en nuestro país, a día 1 de Enero de cada año<sup>68</sup>.

**Tabla 5. MENA en centros de protección a 1 de Enero de cada año. Andalucía 2003-2009.**

AÑO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
MENA	220	261	486	670	762	1012	900

Según la legislación vigente en nuestro país, los MENA entran en el sistema de protección automáticamente una vez verificada su minoridad (*LO 4/2000 11 de Enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España*), esta circunstancia ha facilitado la aparición de un fenómeno nuevo en la realidad migratoria de este colectivo, en el que los MENA hacen uso de sus propios recursos a la hora de emigrar, sustentados por las redes sociales accediendo a través de ellas a la información de la realidad social y normativa del país de acogida y decidiendo la estrategia migratoria (comunidad autónoma, centros de

acogida, recursos estatales, red social...) que más se adecua a sus expectativas: formativas, vitales y laborales<sup>69</sup>.

La procedencia habitual de los menores que llegan a nuestro país es, en orden de frecuencia, África septentrional (Argelia y Marruecos), África subsahariana y Europa del este (Rumanía particularmente)<sup>70</sup>, en el caso de Andalucía, el origen mayoritario es Marruecos, por un claro condicionante geográfico.

El perfil migratorio y los condicionantes de partida de los MENA que llegan a nuestro país podría clasificarse en términos generales en tres tipos<sup>71</sup>:

- 1) Niños con vínculos familiares, con un proyecto migratorio claro consensado familiarmente (económico, formativo, sanitario...), con hábitos de vivir en la calle por un periodo de tiempo hasta conseguir el traslado al país de destino, pero sin ser “niños de la calle”.
- 2) Niños de la calle con itinerancia transnacional que carecen de vínculos familiares sin un proyecto migratorio específico y que presentan una trayectoria de “niños de la calle” en origen y a veces también en destino.
- 3) Dentro del grupo de “niños de la calle” menores con graves problemas personales con antecedentes delictivos, comportamientos agresivos y/o problemas serios de salud.

Existen algunos estudios descriptivos en el ámbito nacional respecto a los indicadores y estado de salud de los MENA que acceden al sistema de protección los resultados más relevantes de los mismos quedan recogidos en la tabla 6<sup>69,72,73</sup>. Destacar el predominio del sexo masculino (>70%) en todos ellos así como una edad media de 15 años en todas las series.

**Tabla 6. Indicadores sanitarios y estado de salud de los MENA en el sistema de protección.**

<p><b>Problemas de salud física más frecuentemente detectados en el examen de salud inicial</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas dentales: <b>32.6 – 65%</b></li> <li>- Inmunizaciones ausente o incompletas: <b>27.6 – 67.5%</b></li> <li>- Problemas dermatológicos: <b>17.5 – 19-1%</b></li> <li>- Trastorno nutricionales y del crecimiento: <b>12.5 –45.3%</b></li> <li>- Problemas respiratorios: <b>4.6 – 12.5%</b></li> <li>- Enfermedades infecto/parasitarias: <b>9 – 13.3%</b></li> <li>- Trastornos oftalmológicos: <b>7.5 – 10.4%</b></li> <li>- Anemia ferropénica: <b>7%</b></li> <li>- Trastornos ortopédicos: <b>5 – 7.1%</b></li> <li>-Trastornos genitourinarios: <b>2.5%</b></li> <li>-Trastornos digestivos: <b>2.1%</b></li> <li>- Trastornos ORL, neurosensoriales y cardiovasculares <b>&lt;2%</b></li> </ul>
<p><b>Problemas de salud mental</b></p>	<p>- Trastornos psicopatológicos o del desarrollo: <b>5.8- 12%</b>          Los <u>diagnósticos más frecuentes</u> fueron: trastornos de conducta, Sd. Depresivo, trastorno de la personalidad, Depresión, Anorexia, Intentos autolíticos, conducta antisocial, hiperactividad, bulimia, esquizofrenia y Sd. de ansiedad-depresión.</p>
<p><b>Embarazo</b></p>	<p><b>8%</b></p>
<p><b>Consumo de drogas</b></p>	<p><b>64.2%</b> (siendo el consumo más frecuente el tabaco seguido de tabaco+cannabis)</p>

### 1.3 PAPEL DEL PEDIATRA EN EL ACOGIMIENTO RESIDENCIAL INFANTIL

El papel que el pediatra ocupa en el engranaje de la maquinaria del sistema de protección infantil, queda estipulado en la normativa que regula el personal adscrito a los centros, constando, que en todo centro de acogida inmediata (CAI) en el que se acojan menores por debajo de los 12 años debe existir un pediatra adscrito a media jornada<sup>27</sup>. La labor de dichos pediatras consiste en la realización de los exámenes de salud de los menores al ingreso de los mismos en el centro, la elaboración de los correspondientes informes sanitarios, así como, el seguimiento de los menores durante su estancia en el CAI.

Observamos que la relación formal de la pediatría con el sistema de protección se reduce al momento del ingreso de los menores en el mismo, ingresos que en la actualidad se producen en muchas ocasiones en el medio familiar directamente, de forma que el seguimiento de los menores durante su estancia en los centros o en las familias de acogida, en su caso, recae directamente sobre la figura del pediatra de atención primaria homogeneizándose al de la población general.

Asumiendo la problemática sanitaria específica de estos menores, ampliamente expuesta en los apartados anteriores, el pediatra debe responder a las necesidades concretas que esta demanda genera.

La Child Welfare League of America publicó en 1988 una serie de estándares de calidad sobre la atención sanitaria que los menores que ingresaban en el sistema de protección debían recibir <sup>74</sup>, la última revisión de los mencionados estándares o criterios de calidad tuvo lugar en 2007<sup>75</sup>, quedando resumidos a continuación:

- 1) Valoración sanitaria adecuada de los menores en el momento del ingreso en el sistema de protección.
- 2) Ingreso de los menores en los programas sanitarios adecuados a su edad incluyendo: pediátrico, auditivo, oftalmológico, salud mental y desarrollo.
- 3) Favorecer vías de comunicación fluidas entre las familias acogedoras y/o cuidadores de los centros y con los menores adolescentes.
- 4) Favorecer la adecuada organización de los recursos para ofrecer una adecuada asistencia sanitaria a los menores y las familias.
- 5) Comunicación y coordinación eficiente entre los sanitarios responsable del seguimiento individual de los menores y los profesionales del sistema de protección.
- 6) Archivo eficaz y adecuado de la información en materia de salud más relevante de los menores.

- 7) Seguimiento periódico de los menores y evaluación de posibles procesos intercurrentes.
- 8) Educación y formación de los menores, familias de acogida y personal del sistema de protección en materias de salud.
- 9) Uso efectivo de los recursos.

En el marco ofrecido por los estándares expuestos, la Academia Americana de Pediatría considera el papel del pediatra se considera crucial en el seguimiento de los menores en el sistema de protección, centrando el seguimiento sanitario específico requerido por este sector poblacional en cuatro líneas<sup>41</sup>:

- 1) **Examen de salud inicial:** tiene como finalidad: la detección de cualquier patología (física o mental) que requiera atención urgente, la evaluación del estado nutricional y del desarrollo, patología infectocontagiosa y la valoración de posibles signos de maltrato físico y/o abuso sexual.
- 2) **Valoración médica completa:** se recomienda su realización en el primer mes de ingreso del menor en el sistema de protección así como la presencia de los cuidadores actuales y el personal del sistema de protección responsables del caso del menor. Tiene como finalidad la valoración de los resultados de las pruebas realizadas en la primera visita, de patologías crónicas previas o de reciente aparición detectadas por los cuidadores y de posibles conductas o signos de desadaptación al medio actual, se realizará una historia clínica detallada con la recopilación y archivo de la información sanitaria familias y personal previa del menor disponible, con especial atención al estado de inmunización y enfermedades previas.
- 3) **Evaluación del desarrollo y salud mental:** revisión y evaluación en cada visita del desarrollo psicomotor del menor. Se recomienda la evaluación del estado psicológico, comportamental y de salud mental mediante la realización de pruebas específicas y la valoración, si procede, de equipos

multidisciplinares con psicólogos y técnicos entrenados en este tipo de patología.

- 4) **Seguimiento médico:** se recomienda la realización de visitas programadas de acuerdo con los hallazgos en las evaluaciones previas del menor y la patología detectada. El calendario orientativo recomendado será: visitas mensuales para niños < 6 meses, cada 2 meses en los menores 6-12 meses, cada 3 meses de 1 a 2 años y cada 6 meses desde los 2 años hasta la adolescencia y siempre que haya un cambio de emplazamiento del menor. En cada visita además de la evaluación física y psicológica recomendada se deberán desarrollar actividades preventivas y de promoción de salud.
- 5) **En caso de traslado del menor a otro centro o familia con emplazamiento sanitario diferente:** es necesario la valoración por parte del pediatra de la adecuación de dicho traslado según las necesidades sanitarias del menor (seguimientos en consultas especializadas, lista de espera para intervenciones...). En caso de traslado el pediatra debe realizar un informe detallado de la historia sanitaria del menor hasta el momento. En algunos estados existe lo que se conoce como el *“pasaporte sanitario”* documento que los cuidadores deben aportar en cada intervención sanitaria y donde se recogen las intervenciones realizadas por cada profesional sanitario.

El abordaje de esta realidad asistencial por parte de los pediatras a nivel nacional requiere la elaboración de protocolos y guías específicas que orienten a los sanitarios y equipos del servicio de protección en las necesidades sanitarias específicas de este sector poblacional, a este respecto, reseñar la actual elaboración por parte de la Sociedad de Pediatría Social de una *Guía sobre la atención a la salud de los niños atendidos por el sistema de protección a la infancia*, en la que nuestro grupo participa., y que será publicada en el presente año.

Es importante tener en cuenta que además de solucionar los problemas médicos de los menores y realizar el seguimiento sanitario específico, en el

sentido expuesto anteriormente, los pediatras y personal sanitario de los centros deben asumir las siguientes tareas para dar una respuesta global a las necesidades sanitarias mencionadas de los niños residentes en instituciones<sup>55</sup>:

- Participar en la formación continuada en temas de salud del colectivo de educación del centro.
- Formación en temas específicos como el maltrato infantil y todos los aspectos psicosociales relacionados con los niños en conflicto social.
- Supervisión de normas de seguridad, higiene y alimentación sobre todo en centros donde haya menores de 2 años.
- Organización de actividades de educación sanitaria: prevención en el uso de drogas, embarazos no deseados...
- Participación en las reuniones de evaluación y en la elaboración del proyecto educativo de cada niño con una valoración de su situación sanitaria y su seguimiento posterior.

## **2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS**



## **2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS**

En los últimos años estamos asistiendo a determinados cambios conceptuales en la concepción de la pediatría que pretenden adaptarse cada vez más a la realidad actual. En este sentido se viene empleando el término de **medicina de la infancia**, entendiéndose como tal la doctrina y la práctica médica dirigida a la edad infantil, integrando elementos asistenciales, preventivos y sociales<sup>76</sup>. De esta manera, el profesional sanitario que trabaje con niños, sea cual sea su adscripción, como miembro activo de la sociedad, debe responder a las necesidades que ésta le formula. La sociedad nos pide, no sólo más cantidad de vida, sino, también mayor calidad para vivir en las mejores condiciones de bienestar físico, psíquico y social<sup>77</sup>.

En este marco y desde hace más de dos décadas, nuestro grupo de investigación viene realizando diversos estudios en menores en riesgo social con especial interés por los menores en sistema de protección, con la finalidad de un mejor conocimiento de las características clínicas, sociales y psicológicas que definen este colectivo, para facilitar protocolos y medidas de actuación acordes a la problemática específica que presentan<sup>78-80</sup>.

La necesidad de hacer visible la infancia y la adolescencia se considera una prioridad dentro de las estrategias de abordaje de salud pública y para el desarrollo del Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia<sup>81</sup>.

La población infantil en riesgo social constituye uno de los sectores de la infancia más vulnerable, dada sus singulares características de desprotección en todos los aspectos, es por ello que, en los últimos años la legislación vigente en esta materia, así como, el modelo de protección existente están siendo sometidos a un periodo de reevaluación para la adecuación a las exigencias y necesidades específicas de los menores integrantes del sistema, siendo objeto del sexto objetivo estratégico del plan mencionado<sup>21</sup>. Varios grupos de trabajo y

comisiones pertenecientes a grupos de investigación de sociedades médicas, departamentos universitarios e incluso a nivel gubernamental tienen por objeto el abordaje de la problemática de los menores en el sistema de protección.

En este contexto de evaluación e investigación del sistema de protección es donde se enmarca el proyecto que presentamos. Atendiendo a una concepción global de salud nos propusimos analizar determinados aspectos físicos, psíquicos y sociales de los menores en centros de acogida de larga estancia, los cuales constituyen, hasta la fecha, el grupo mayoritario<sup>28</sup>. Como aspectos novedosos del trabajo, respecto a estudios previos, destaca que el análisis se centra en el periodo de institucionalización de los menores, analizando a su vez la influencia que el tiempo de institucionalización ejerce en los diferentes aspectos estudiados; a su vez, en el trabajo se analizan por primera vez a nivel nacional la historia clínica de los menores durante su estancia en los centros. Todas estas hipótesis de trabajo inicial se concretan en la definición de los objetivos que seguidamente pasamos a describir:

- 1) Profundizar en el conocimiento de la población infantil en régimen de acogida de larga estancia, en la provincia de Granada en términos normativos, educativos, sanitarios, psicológicos y sociales.
- 2) Detectar y definir los principales problemas de salud de este colectivo con necesidades especiales.
- 3) Determinar las posibles relaciones existentes entre la gestión del centro de acogida y el seguimiento y control sanitario, estado de salud física y psíquica del menor así como su nivel de integración socioeducativa.
- 4) Identificar las diferencias existentes en términos de seguimiento y control sanitario y estado de salud física y psíquica de los menores según la edad de los mismos.

- 5) Identificar las diferencias existentes en términos sociosanitarios entre los menores españoles y los menores extranjeros no acompañados (MENA).
  
- 6) Una vez identificada la problemática existente, así como sus condicionantes, proposición de medidas de mejora en los aspectos detectados como más relevantes.



## **3. MATERIAL Y MÉTODOS**



## **3. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **3.1 FASE PRELIMINAR**

Revisada la normativa vigente respecto a la realización de prácticas académicas o profesionales y/o estudios de investigación en centros de protección de menores de la Junta de Andalucía y ateniéndonos al artículo 69 del decreto 355/2003 de 16 de Diciembre<sup>24</sup>, solicitamos los permisos pertinentes a la delegación de igualdad y bienestar social. El proyecto fue aprobado en el plazo de 1 mes teniendo acceso a un listado de la totalidad de los centros de acogida con programa residencial básico así como de las entidades gestoras de los mismos de la provincia de Granada. En todo momento se han observado las normas éticas relacionadas con la confidencialidad de los datos referentes a los menores objeto de estudio.

Se diseñó un estudio descriptivo trasversal que incluía a todos los menores ingresados en los centros de acogida con programa residencial básico de la provincia de Granada durante el periodo de estudio. El trabajo de campo se realizó entre Enero de 2006 y Marzo de 2007, previo acuerdo del calendario de visitas con la delegación y la diferentes entidades. Calendario que gráficamente representamos en la figura 1, donde puede apreciarse que las muestras resultantes en la primera visita y en las dos restantes difieren debido a la incorporación de 3 nuevas entidades colaboradoras y la apertura de 5 nuevos centros, los cuales fueron incluidos en el estudio. La totalidad de los mismos fueron ocupados por MENA. En este punto hemos de destacar que el índice de ocupación de las plazas fue del 100% durante todo el estudio. En los meses transcurridos entre la segunda y tercera visita, se objetivaron un total de 43 bajas o salidas de los menores de los centros con una tasa de reemplazamiento del 100% en el mismo periodo. Para la inclusión de los nuevos ingresos en el estudio se recogieron los datos de filiación de los mismos.

Los datos estudiados para la descripción de la muestra en cuanto a los centros y los menores objeto de estudio quedan recogidos en las tablas 7 y 8.

Figura 1. Diseño del trabajo de campo.

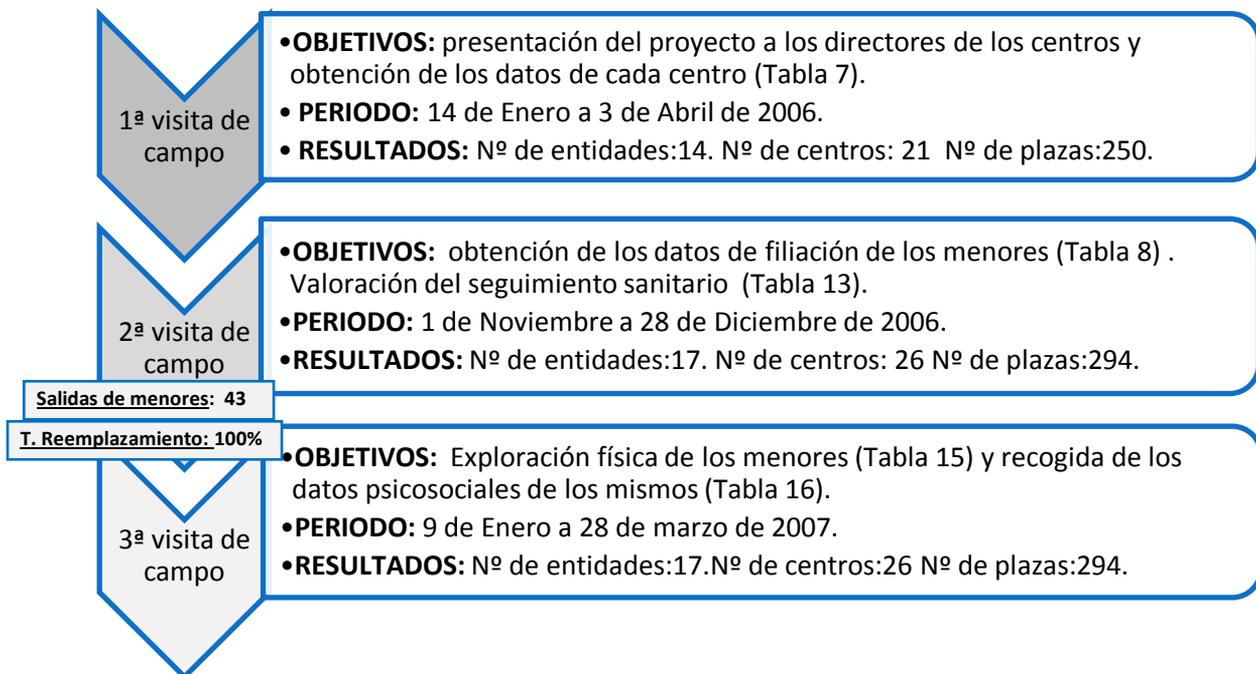


Tabla 7. Estudio descriptivo del centro.

VARIABLES		
<b>Tipo de entidad:</b> naturaleza o forma jurídica del aparato gestor del centro		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>Fundación</b>	0
	<b>ONG</b>	1
	<b>Orden religiosa</b>	2
	<b>Otros</b>	3
<b>Tipo de gestión:</b> origen de los recursos económicos de las diferentes entidades para la gestión de los centros.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>Publica</b>	0
	<b>Concertada</b>	1
<b>Número de casas:</b> las casas son los núcleos o unidades mínimas de funcionamiento en que se dividen los centros.		

<b>Tipo de variable</b>	continua	
<b>Número de plazas:</b> número de plazas otorgadas a cada centro para su gestión.		
<b>Tipo de variable</b>	continua	
<b>Número de plazas ocupadas:</b> total de plazas ocupadas en el momento del estudio.		
<b>Tipo de variable</b>	continua	
<b>Intervalo de edad:</b> hace referencia al intervalo de edad de los menores atendidos en el centro.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>0-17 años</b>	1
	<b>12-17 años</b>	2
<b>Género:</b> hace referencia al género de los menores atendidos en el centro.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>Masculino</b>	1
	<b>Femenino</b>	2
	<b>Mixto</b>	3
<b>Cumplimiento de la normativa:</b> valoración del cumplimiento de la normativa en cuanto al personal adscrito al centro <sup>24</sup>		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>SI</b>	1
	<b>NO</b>	2

Tabla 8. Datos de filiación de los menores.

<b>VARIABLES</b>		
<b>Nacionalidad:</b> país de nacimiento del menor		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>España</b>	1
	<b>Marruecos</b>	2
	<b>Rumanía</b>	3
	<b>Latinoamérica</b>	4
	<b>Otros</b>	5
<b>Edad:</b> edad de los menores en años		
<b>Tipo de variable</b>	continua	
<b>Sexo:</b> de los menores		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>Hombre</b>	1
	<b>Mujer</b>	2
<b>Estancia en la institución:</b> diferencia en meses entre la fecha de entrada en el centro y el día de la revisión de expediente y/o exploración física.		
<b>Tipo de variable</b>	continua	

## 3.2 MUESTRA

### 3.2.1 Centros objeto de estudio.

En el presente apartado se resumirá la información obtenida en la entrevista personal con los directores de cada entidad en la primera visita de campo.

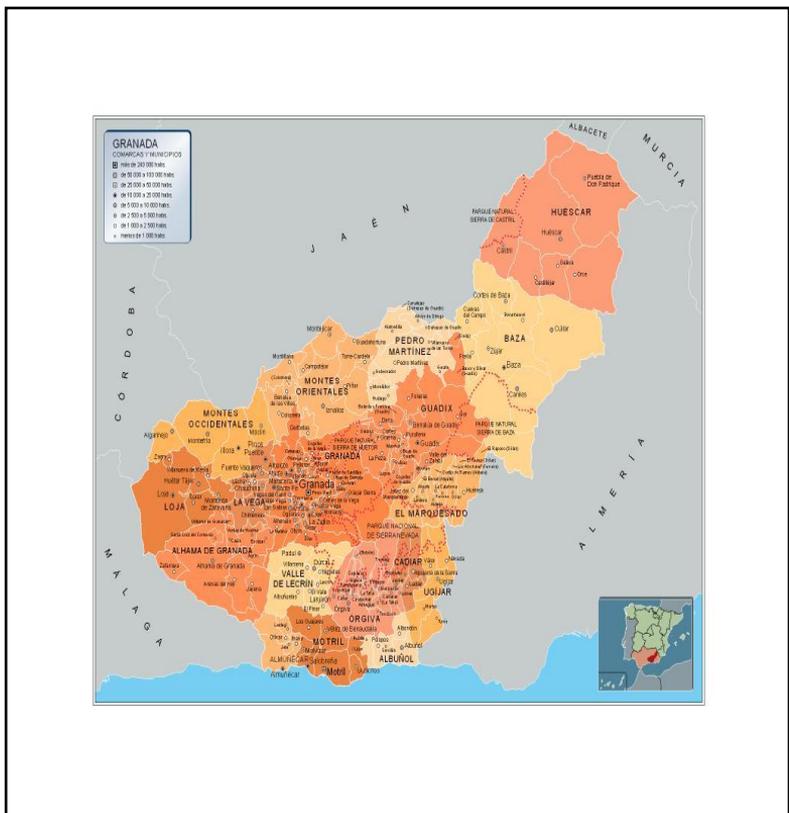
La gestión de los centros, excepto en uno de los casos que se trataba de un centro público, se realizaba de forma concertada con entidades colaboradoras según la normativa autonómica vigente<sup>27</sup>, dichas entidades se distribuían en 11 órdenes religiosas, 3 ONG y 2 asociaciones. Se objetivó el cumplimiento de la normativa en el 100% de entidades y centros<sup>24,27</sup>. En cuanto a las características de los centros la mayor parte de los mismos, 85.2%, atendían a menores de 0-17 años, siendo el 92.3% de los mismos mixtos.

En el periodo de estudio los 26 centros con programa residencial básico de la provincia estaban distribuidos en un total de 13 localidades (Tabla 9), encontrándose de forma predominante en la capital.

Las 294 plazas existentes en la provincia en el periodo de estudio se distribuyen en 26 centros que se dividen a su vez en 32 casas (Tabla 10). Las casas son los núcleos o unidades mínimas de funcionamiento en los que se divide cada centro. En cada casa existen uno o varios cuidadores referentes, que son los mismos siempre. Una característica específica de la ONG Aldeas SOS (E10), así como de las órdenes religiosas, es que este educador convive durante 24h seguidas con los niños y no por turnos. Las casas están constituidas como unidades independientes con un ideario y línea estratégica común con el resto del centro pero con actividades y horarios propios según las necesidades de los menores residentes en las mismas<sup>24,26</sup>. Una característica común que se mantiene constante en todos los centros a la hora de la agrupación por casas es la de: priorización de grupos familiares, esto es, hermanos y madres e hijos y menores de edades similares.

Tabla 9. Distribución geográfica de los centros en la provincia.

Localidad	Nº de centros
GRANADA	10
ARMILLA	1
ALBOLOTE	2
JUN	1
OTURA	2
LA ZUBIA	1
LAS GABIAS	1
MONACHIL	1
LANJARÓN	1
MOCLÍN	1
MOTRIL	2
GUADIX	2
LOJA	1
<b>Total</b>	<b>26</b>



**Tabla 10. Resumen de los centros, casas y plazas gestionadas por cada entidad.**

Entidades	Nº de centros gestionados	Nº de casas por centro	Nº de plazas por casa
E1	1	1	25
E2	1	1	16
E3	1	1	12
E4	1	1	6
E5	1	1	6
E6	2	1	6
E7	1	1	8
E8	3	1	8
E9	2	1	12
			8
E10	3	8	6
			6
			6
			6
			6
			6
			6
		5	
		1	6
		1	6
E11	4	1	8
			6
			6
			6
E12	1	1	10
E13	1	1	6
E14	1	1	12
E15	1	5	6
			6
			6
			6
			6
E16	1	3	6
			6
			6
E17	1	1	6
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>32</b>	<b>294</b>

### 3.2.2 Menores objeto de estudio.

En el presente apartado se resumirán los datos de filiación de los menores, obtenidos en la segunda visita de campo (Fig.1).

Del total de menores residentes en los centros, 294, el 43.5% eran de nacionalidad extranjera, correspondiendo en su totalidad al grupo de Menores no Acompañados cuya procedencia más frecuente era Marruecos (Tabla 11).

**Tabla 11. Nacionalidad de los menores objeto de estudio.**

<b>Nacionalidad</b>	<b>Frecuencia</b>
Española	166 (56.5%)
Marroquí	118 (40.1%)
Rumana	6 (2.04%)
Sudamericana	1 (0.3%)
Otras	3 (1.02%)
<b>Total</b>	<b>294</b>

En cuanto a la distribución por sexos de la muestra, el 72.4% eran varones y el 27.6% mujeres. La edad media era de 13.6 años con un tiempo medio de estancia en la institución de 14.07 meses. Se aprecia que la muestra sigue una distribución normal respecto a ambas variables ya que el test de Kolmogov es significativo en ambos (Tabla 12).

Tabla 12. Edad en años y tiempo de estancia en la institución en meses de la muestra.

Estadístico	Edad	Tiempo de estancia en la institución
N	294	294
Media	13.6	14.07
DS media	4.2	19.4
Error media	0.23	1.06
Mediana	16	7
Rango	17	120
Valor mínimo	0	0
Valor máximo	17	120
Amplitud intercuartil	5	17
Varianza	17.9	376.15
Asimetría	-1.5	2.66
Percentil 10/90	7/17	0/36
Test de normalidad (Kolmogov)	0.25	0.23
	p<0.001	p<0.001

### 3.3 TRABAJO DE CAMPO

#### 3.3.1 Seguimiento sanitario.

Para la evaluación del seguimiento sanitario, objetivo de la segunda visita de campo, se revisó la información existente en los expedientes de los menores y se procedió a la entrevista individualizada con los educadores de cada casa. Las pérdidas detectadas para dichas variables se debieron a la falta de información en los expedientes y el desconocimiento de la misma por parte del educador entrevistado. Para el análisis del seguimiento sanitario de los menores se revisaron dos aspectos:

- 1) El grado de cumplimiento de la ley respecto a la obligatoriedad de la existencia de un informe sanitario del menor al ingreso en el centro. Según estipula la ley dicha revisión sanitaria debe ser realizada durante el periodo de estancia del menor en el centro de acogida inmediata (CAI) y en su defecto debe de procurarse su realización a la mayor brevedad posible una vez

ingresado el menor en el centro residencial básico<sup>25</sup>. En esta línea, la delegación provincial propone una guía de valoración a los profesionales sanitarios que fue utilizada como referencia para la elaboración de la hoja de datos (Tabla 13).

La variable estado nutricional se obtuvo tras el cálculo del índice de masa corporal ( $IMC = \text{Peso}/T^2$ ) según los datos existentes. Las categorías reflejadas se establecieron según los puntos de corte de Cole *et al*<sup>82</sup> para el sobrepeso y obesidad y las tablas de percentiles de la fundación Obergorzo para el bajo peso<sup>83</sup>.

Tabla 13. Variables recogidas para la evaluación del informe sanitario al ingreso en el centro.

<b>VARIABLES</b>		
<b>Existencia de informe sanitario:</b> constatación de la existencia de informe sanitario al ingreso en los expedientes de los menores.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>SI</b>	1
	<b>NO</b>	0
<b>Procedencia:</b> lugar de emisión del informe sanitario		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	CAI	1
	Centro de salud	2
	Otros	3
<b>Antecedentes personales:</b> constancia de cualquier tipo de antecedente personal en el informe.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>SI</b>	1
	<b>NO</b>	0
<b>Antecedentes familiares:</b> constancia de cualquier tipo de antecedente familiar en el informe		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>SI</b>	1
	<b>NO</b>	0
<b>Hábitos de consumo:</b> constancia de la existencia de consumo de cualquier sustancia por parte del menor en el informe.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>SI</b>	1

	<b>NO</b>	0
<b>Alergias:</b> constancia de la existencia de alergias previas conocidas en el informe.		
<b>Tipo de variable</b>	Categoría	
<b>Categorías</b>	<b>SI</b>	1
	<b>NO</b>	0
<b>Vacunaciones:</b> constancia de registros vacunales previos en el informe.		
<b>Tipo de variable</b>	categoría	
<b>Categorías</b>	<b>SI</b>	1
	<b>NO</b>	0
<b>Peso:</b> peso en kilogramos del menor al ingreso en el centro.		
<b>Tipo de variable</b>	continua	
<b>Talla:</b> altura en metros del menor al ingreso en el centro.		
<b>Tipo de variable</b>	continua	
<b>Estado nutricional:</b> situación nutricional de los menores al ingreso según los puntos de corte establecidos para el IMC y la edad según Cole <i>et al</i> y las tablas de la fundación Obergorzo.		
<b>Tipo de variable</b>	categoría	
<b>Categorías</b>	<b>Bajo peso</b>	0
	<b>Adecuado</b>	1
	<b>Sobrepeso</b>	2
	<b>Obesidad</b>	3
<b>Hemograma:</b> detección de algún tipo de alteración en el hemograma.		
<b>Tipo de variable</b>	categoría	
<b>Categorías</b>	<b>Normal</b>	1
	<b>Alterado</b>	2
<b>VSG:</b> detección de alteración en los valores de la Velocidad de Sedimentación Glomerular.		
<b>Tipo de variable</b>	categoría	
<b>Categorías</b>	<b>Normal</b>	1
	<b>Alterado</b>	2
<b>Bioquímica:</b> detección de algún tipo de alteración en los datos bioquímicos.		
<b>Tipo de variable</b>	categoría	
<b>Categorías</b>	<b>Normal</b>	1
	<b>Alterado</b>	2
<b>Orina:</b> detección de algún tipo de alteración en el análisis de orina.		
<b>Tipo de variable</b>	categoría	
<b>Categorías</b>	<b>Normal</b>	1
	<b>Alterado</b>	2
<b>Mantoux:</b> resultado registrado de la prueba de Mantoux.		
<b>Tipo de variable</b>	categoría	

<b>Categorías</b>	<b>Positivo</b>	1
	<b>Negativo</b>	2
<b>Serología a Salmonella:</b> resultado registrado de la serología a <i>Salmonella tiphy</i> .		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>Positivo</b>	1
	<b>Negativo</b>	2
<b>Serología a Brucella:</b> resultado registrado de la serología a <i>B. mellitensis</i> .		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>Positivo</b>	1
	<b>Negativo</b>	2
<b>Serología a sífilis:</b> resultado registrado de la serología a <i>T. pallidum</i> .		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>Positivo</b>	1
	<b>Negativo</b>	2
<b>Serología a Toxoplasma:</b> resultado registrado de la serología a <i>T. gondii</i> .		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>Positivo</b>	1
	<b>Negativo</b>	2
<b>Serología a hepatitis A:</b> resultado registrado de la serología a hepatitis A.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>Positivo</b>	1
	<b>Negativo</b>	2
<b>Serología a hepatitis B:</b> resultado registrado de la serología a hepatitis B.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>Positivo</b>	1
	<b>Negativo</b>	2
<b>Serología a hepatitis C:</b> resultado registrado de la serología a hepatitis C.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>Positivo</b>	1
	<b>Negativo</b>	2
<b>Serología a VIH:</b> resultado registrado de la serología a VIH.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>Positivo</b>	1
	<b>Negativo</b>	2
<b>Serología a rubeola:</b> resultado registrado de la serología a rubeola.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>Positivo</b>	1
	<b>Negativo</b>	2
<b>Serología a parotiditis:</b> resultado registrado de la serología a parotiditis.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	

<b>Categorías</b>	<b>Positivo</b>	1
	<b>Negativo</b>	2
<b>Serología a sarampión:</b> resultado registrado de la serología a sarampión.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>Positivo</b>	1
	<b>Negativo</b>	2
<b>Exploración física:</b> registro de algún hallazgo de interés en la exploración física.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>Positivo</b>	1
	<b>Negativo</b>	2

2) Seguimiento sanitario durante la estancia del menor en el centro. Este análisis tiene como finalidad contabilizar el número de controles sanitarios de los menores en los diferentes estamentos de atención. En cuanto a la constancia de registro sanitario en los expedientes, al no existir normativa al respecto, hacemos referencia a la existencia de cualquier tipo de registro interno del centro en el que puedan revisarse los controles, informes médicos y seguimientos sanitarios del menor durante su estancia en la institución. En los casos en los que no se disponía del mismo, la información se obtuvo de los datos que constaban en los expedientes y de la resultante de la entrevista con los educadores. Las variables recogidas en la hoja de datos se resumen en la tabla 14.

### 3.3.2 Exploración física.

Para la exploración física, objetivo de la tercera visita de campo, se habilitó un lugar adecuado para la realización de la exploración física que constaba de los apartados recogidos en la tabla 15. La exploración fue realizada en todos los casos por la misma persona siendo el material necesario para la misma: peso, tallímetro, fonendoscopio y otoscopio. Las pérdidas detectadas en este apartado se debieron a: la ausencia del menor del centro en el día de la visita, a la negativa del menor a someterse a la exploración cuando eran mayores de 16 años o al considerar la exploración no válida por falta de colaboración del menor.

Tabla 14. Variables recogidas para la evaluación del seguimiento sanitario del menor en el centro.

<b>VARIABLES</b>		
<b>Existencia de registro sanitario:</b> constatación de la existencia de cualquier tipo de registro sanitario de los menores en el centro.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>SI</b>	1
	<b>NO</b>	0
<b>Visitas al pediatra:</b> número de visitas al pediatra de atención primaria constatadas.		
<b>Tipo de variable</b>	continua	
<b>Consultas en urgencias:</b> número de consultas en urgencias constatadas.		
<b>Tipo de variable</b>	continua	
<b>Ingresos hospitalarios:</b> número de ingresos hospitalarios constatados.		
<b>Tipo de variable</b>	continua	
<b>Consultas específicas:</b> constatación del seguimiento de los menores en consultas especializadas.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>Ninguna</b>	0
	<b>Dentista</b>	1
	<b>Dermatología</b>	2
	<b>Otorrinolaringología</b>	3
	<b>Oftalmología</b>	4
	<b>USMIJ</b>	5
	<b>Ginecología/planificación familiar</b>	6
	<b>Otros</b>	7
	<b>Dentista + 1</b>	8

Las categorías establecidas para cada una de las variables estudiadas son en su mayoría dicotómicas atendiendo a la existencia o no de cualquier tipo de alteración en la exploración. Para la variable “estado nutricional 07” se siguió la misma sistemática que se apuntó en el apartado 3.3.1. En el caso de las exploraciones dermatológica y otorrinolaringológica se establecieron categorías específicas ya que durante el estudio se detectó mayor número de patología en dichos apartados.

Tabla 15. Variables recogidas en la exploración física de los menores.

<b>VARIABLES</b>		
<b>Peso 07:</b> peso en kg del menor en el momento de la exploración.		
<b>Tipo de variable</b>	continua	
<b>Talla 07:</b> altura en metros del menor en el momento de la exploración.		
<b>Tipo de variable</b>	continua	
<b>Estado nutricional 07:</b> situación nutricional de los menores en el momento de la exploración según los puntos de corte establecidos para el IMC y la edad según Cole <i>et al</i> y las tablas de la fundación Obergorzo.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>Bajo peso</b>	0
	<b>Adecuado</b>	1
	<b>Sobrepeso</b>	2
	<b>Obeso</b>	3
<b>Alteraciones oftalmológicas:</b> detección de algún tipo de alteración en la exploración oftalmológica.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>SI</b>	1
	<b>NO</b>	0
<b>Alteraciones cardiovasculares:</b> detección de algún tipo de alteración en la exploración cardiovascular.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>SI</b>	1
	<b>NO</b>	0
<b>Alteraciones respiratorias:</b> detección de algún tipo de alteración en la exploración respiratoria.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>SI</b>	1
	<b>NO</b>	0
<b>Alteraciones abdominales:</b> detección de algún tipo de alteración en la exploración abdominal.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>SI</b>	1
	<b>NO</b>	0
<b>Alteraciones en la exploración del SNC:</b> detección de algún tipo de alteración en la exploración del SNC.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>SI</b>	1
	<b>NO</b>	0

<b>Alteraciones otorrinolaringológicas:</b> detección de alguna alteración a nivel ORL.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>No alteraciones</b>	0
	<b>Facies adenoidea (FA)</b>	1
	<b>Ocupación de coanas</b>	2
	<b>FA + ocupación de coanas</b>	3
	<b>Cuerpo extraño en CAE</b>	4
	<b>Tímpano deslustrado</b>	5
	<b>Otitis Media Aguda</b>	6
	<b>Secreción en cavum</b>	7
	<b>Otros</b>	8
<b>Alteraciones dermatológicas:</b> detección de alguna alteración en piel.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>No</b>	0
	<b>Dermatitis atópica</b>	1
	<b>Infecciones</b>	2
	<b>Cicatrices<sup>1</sup></b>	3
	<b>Otras</b>	4

1. Compatibles por forma y tamaño con contusiones, suturas y/o lesiones por arma blanca.

### 3.3.3 Valoración psicosocial.

La valoración psicosocial se obtuvo mediante una encuesta realizada al personal de los centros (educadores y/o psicólogos) en los cuales se recogen datos e información acerca de los aspectos psicosociales de cada uno de los menores incluidos en el estudio. A este respecto, queda estipulado por ley<sup>24</sup>, que cada menor debe recibir seguimiento psicológico durante su estancia en el centro, partiendo de esta premisa, que todos los centros cumplan, se constató la existencia de los informes psicológicos periódicos en los expedientes de los menores y se cumplimentó el cuestionario cuyas variables quedan recogidas en la tabla 16.

Tabla 16. Variables recogidas para la evaluación de la situación psicosocial de los menores.

<b>VARIABLES</b>		
<b>Seguimiento psicológico:</b> constatación del seguimiento psicológico periódico de los menores.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>SI</b>	1
	<b>NO</b>	0
<b>Diagnóstico psicopatológico:</b> existencia de algún diagnóstico psicopatológico que requiera tratamiento específico.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>SI</b>	1
	<b>NO</b>	0
<b>Disticia social:</b> presencia de peleas y/o conductas disruptivas habituales (al menos 1 al mes).		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>Bajo peso</b>	0
	<b>Adecuado</b>	1
<b>Integración en el centro:</b> valoración subjetiva por parte del entrevistado del grado de integración del menor en el centro.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>Difícil</b>	1
	<b>Aceptable</b>	2
	<b>Buena</b>	3
<b>Consumo de drogas:</b> constatación del consumo habitual de sustancias (al menos 20 días de los últimos 30).		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>No</b>	0
	<b>Tabaco</b>	1
	<b>Alcohol</b>	2
	<b>Cannabis</b>	3
	<b>Inhalantes</b>	4
	<b>Otros</b>	5
	<b>Varias</b>	6
<b>Seguimiento en el CPD:</b> constatación del seguimiento específico por el centro de drogodependencias provincial.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>SI</b>	1
	<b>NO</b>	0
<b>Ocupación:</b> actividad formativa/laboral de los menores.		

<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>Ninguna</b>	0
	<b>Estudios primarios/secundarios</b>	1
	<b>Formación profesional</b>	2
	<b>Ingreso en el mundo laboral</b>	3
<b>Rendimiento escolar adecuado:</b> constatación de la concordancia entre la edad del menor y el curso escolar en el que se encuentra.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>SI</b>	1
	<b>NO</b>	0
<b>Integración escolar:</b> valoración subjetiva por parte del entrevistado del grado de integración del menor en el centro escolar.		
<b>Tipo de variable</b>	categórica	
<b>Categorías</b>	<b>Difícil</b>	1
	<b>Aceptable</b>	2
	<b>Buena</b>	3

### 3.4 INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL.

#### 3.4.1 BASES BIBLIOGRÁFICAS.

En cuanto a la metodología de búsqueda de las bases bibliográficas usadas para confeccionar el estudio se siguieron los siguientes pasos:

- 1) Determinación genérica del área a investigar: como primera aproximación se consultaron las fuentes primarias de literatura organizada (monografías, tratados, manuales y textos), que se utilizaron como base de conocimiento para la posterior búsqueda.
- 2) Búsqueda dirigida: para ello se revisaron los textos y estadísticas de referencia actuales de los organismos competentes en la materia a tratar, tanto en el ámbito legal (Organización de las Naciones Unidas, Boletín Oficial del Estado y Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, Observatorio de la infancia, Ministerio de sanidad entre otros) como en el sanitario (Organización Mundial de la Salud, Procesos Asistenciales Integrados, recomendaciones de las sociedades científicas etc...).

- 3) Consideración de la actualidad e interés del tema objeto de la investigación: para ello se seleccionaron partes del material documental encontrado y se buscaron las líneas de los autores más destacados en cada tema, considerando el estado actual de la línea de investigación, el interés científico y sus posibilidades de desarrollo.
- 4) Consulta de las novedades y avances científicos publicados recientemente en literatura no organizada (revistas, etc.): para lo cual se realizaron búsquedas sistemáticas en el repertorio médico "**Medline**" y "**Ovid**". En el proceso de búsqueda se utilizaron los siguientes límites: "publicados en los últimos 10 años", "humanos", "idiomas español e inglés" y "edad pediátrica (0-18 años)". Para la búsqueda de los distintos temas se usaron las siguientes palabras clave: "sistema de protección de menores", "menores en desamparo", "menores institucionalizados", "centros de acogida", "exámenes de salud", "seguimiento sanitario", "consumo de drogas", "menores extranjeros no acompañados". Se realizó una revisión de la bibliografía actualizada de las palabras clave enumeradas en la base de datos de **Internet Grateful Medicine** (<http://igm.nlm.nih.gov/>). La selección de los distintos artículos se basó en su rigor científico, en su actualidad (se seleccionaron con preferencia los artículos publicados los últimos 10 años) y en su aportación de elementos novedosos al estudio.

### **3.4.2 EMPLEO DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

Para la citación de las referencias bibliográficas se han seguido las normas del grupo de Vancouver, Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas en la actualidad. Entre sus recomendaciones se cita: *"Las referencias se han de enumerar siguiendo el orden en que son mencionadas por primera vez en el texto. Señalar las citas en el texto, las tablas y los pies de las figuras, por medio de numeración árabe. Las referencias que son citadas sólo en las tablas o en los pies de las figuras se numeran de acuerdo con el orden que es correspondiente al referido en el texto por primera vez a la tabla o las figuras. Utilizar el modo de*

*citar en que se basa la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos empleada en el Index Medicus".* Los títulos de las revistas, siguiendo la referencia mencionada, han de abreviarse según el estilo empleado en el Index Medicus, para lo cual se consultó en el "List of Journal Indexed" que aparece cada año en el número de Enero del Index Medicus. Asimismo, fueron tomadas en consideración el resto de las recomendaciones para la confección de tablas y ficheros.

### **3.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

#### **3.5.1 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA**

##### 1) MEDIDAS DE CENTRALIZACIÓN

Con el fin de dar una idea aproximada de los valores más representativos de un conjunto de datos se utilizan, en estadística, las **medidas de centralización**. Se definen como aquellos valores que tienden a situarse en el centro del conjunto de datos ordenados respecto a su magnitud. Las distintas medidas de centralización son la media aritmética, la mediana y la moda, en nuestro estudio hemos utilizado las dos primeras descritas y detalladas a continuación.

- Media aritmética: se trata de una medida de centralización de tamaño. La media aritmética de un conjunto de datos es el valor medio que los representa. Sus características son las siguientes:

- a) Es un valor numérico que está entre el menor y el mayor de un conjunto de datos.
- b) Puede no coincidir con ninguno de los datos y ser un número decimal.
- c) Sólo se puede obtener con datos cuantitativos.

La media se obtiene dividiendo la suma del valor numérico de cada dato por el número total de ellos, o bien, si los datos vienen en una tabla con sus frecuencias absolutas  $f_i$ , se multiplica cada dato  $x_i$  por su

frecuencia y se suman los resultados obtenidos. Este resultado se divide por el número total de datos  $N$ .

$$\bar{X} = \frac{\sum f_i X_i}{\sum f_i} = \frac{f_1 X_1 + f_2 X_2 + f_n X_n}{f_1 + f_2 + f_n} = \frac{f_i X_i}{N}$$

- = Mediana: es una medida de centralización de posición. En un conjunto de datos ordenados de menor a mayor, la mediana es aquel valor que ocupa una posición media en la distribución estadística. Si el conjunto de datos tiene un número de valores impar, se ordenan en orden creciente y la mediana es el término que ocupa el lugar central; si, por el contrario, el conjunto de datos es par, la mediana es la media aritmética de los valores centrales. Su cálculo se realiza según la siguiente fórmula:

$$M = L_i + \left( \frac{\frac{N}{2} - (\sum f)_i}{f_{\text{mediana}}} \right)$$

donde  $L_i$  es el límite inferior real de la clase mediana,  $N$  es el número total de datos,  $(\sum f)_i$  es la suma de las frecuencias absolutas de todas las clases anteriores a la clase mediana y  $f_{\text{mediana}}$  es la frecuencia absoluta de la clase mediana.

## 2) MEDIDAS DE DISPERSIÓN

En ocasiones el conocimiento de los valores centrales de una muestra no es suficiente, y es preciso conocer en qué medida los datos numéricos están agrupados o no alrededor de la media. Este hecho se conoce como **dispersión**. De esta forma, para medir el grado de dispersión que existe en la distribución se utilizan las **medidas de dispersión**. En nuestro estudio hemos utilizado las siguientes medidas de dispersión:

- Error estándar de la media: es la media aritmética de las diferencias, tomadas en valor absoluto, entre los valores de cada observación y su media aritmética.
- Desviación típica: se conoce también como **desviación estándar** o **desviación cuadrática** de la media. La desviación típica nos informa sobre la dispersión de los datos respecto al valor de la media; cuanto mayor sea su valor, más dispersos estarán los datos. Se calcula como la raíz cuadrada de la media aritmética de los cuadrados de las desviaciones respecto a la media, según la siguiente fórmula:

$$S = \sqrt{\frac{\sum f_i (x_i - \bar{x})^2}{N}}$$

- Varianza: se define como el cuadrado de la desviación típica. La varianza es una variable estadística que mide la dispersión de los valores respecto a un valor central (media), es decir, la media de las diferencias cuadráticas de las puntuaciones respecto a su media aritmética. Se calcula de la siguiente forma.

$$S^2 = \frac{\sum f_i (x_i - \bar{x})^2}{N}$$

- Rango: se define como la medida de dispersión que surge de la diferencia entre el valor máximo y mínimo del conjunto de datos, según la siguiente fórmula:  $R = X_{\text{máx.}} - X_{\text{mín}}$
- Amplitud intercuartil: los cuartiles resultan de dividir la distribución en cuatro partes iguales. Así, el primer cuartil (Q1) deja por debajo de él una cuarta parte de las mediciones y tres cuartas partes por encima, mientras que el tercer cuartil (Q3) deja por debajo de este valor las tres cuartas partes de las mediciones y una cuarta parte por encima. Así, la amplitud intercuartil se define como la distancia que hay entre el tercer cuartil y el primer cuartil, según la siguiente fórmula:  $\text{Amplitud intercuartil} = Q3 - Q1$ .

### 3) MEDIDAS DE FORMA

Además de las medidas de centralización y de dispersión conviene, al estudiar una distribución, conocer su forma mediante un índice lo más simplificado posible. En el presente estudio hemos utilizado como medida de forma el **sesgo**, también denominado **asimetría** o **curtosis**. Se define como la mayor o menor simetría o asimetría de una distribución. Al hablar de curtosis nos referimos al grado de "apuntamiento" de una distribución. Generalmente, se compara el mayor o menor apuntamiento de una distribución con la curtosis de la distribución normal, por lo que viene expresado como:

$$\gamma_2 = \frac{m_4}{s^4} - 3$$

De esta forma, el coeficiente de curtosis es nulo para una distribución normal. Si es negativo se trata de una distribución menos apuntada que la normal y recibe el nombre de **planicúrtica**. Si es positivo se trata de una distribución más apuntada que la normal y recibe el nombre de **leptocúrtica**. A las distribuciones con coeficientes de curtosis nulo se les denomina **mesocúrticas**.

### 3) PRUEBAS DE NORMALIDAD

La **prueba** de normalidad utilizada en nuestro estudio es la **de Kolmogorov-Smirnov** siendo esta una medida de bondad de ajuste. Esto es, se interesa en el grado de acuerdo entre la distribución de un conjunto de valores de la muestra y alguna distribución teórica específica. Determina si razonablemente puede pensarse que las mediciones muestrales provengan de una población que tenga esa distribución teórica. En la prueba se compara la distribución de frecuencia acumulativa de la distribución teórica con la distribución de frecuencia acumulativa observada. Se determina el punto en el que estas dos distribuciones muestran la mayor divergencia.

En esta prueba se determina el grado de concordancia entre la distribución de frecuencia muestral y la distribución de frecuencia teórica, bajo la

hipótesis nula de que la distribución de la muestra es  $f_0(x, q)$  e interesa probar que no existe diferencia significativa. En la prueba de Smirnov-Kolmogorov se está interesado en la mayor desviación entre la función de distribución teórica y la empírica, es decir entre  $F_0(x)$  y  $S_n(x)$ , para todo el rango de valores de  $x$ . Bajo la hipótesis nula se espera que estas desviaciones sean pequeñas y estén dentro de los límites de errores aleatorios.

#### 4) REPRESENTACIÓN GRÁFICA. BOXPLOT

El gráfico de caja, conocido con el nombre de **boxplot** o **box and whisker plot**, es una representación basada en un rectángulo, la caja, en cuyos extremos se añaden unas líneas o bigotes. Esta gráfica informa sobre la tendencia central, forma y asimetría, y sobre la existencia de valores atípicos.

Para construir un boxplot, se construye un rectángulo sobre uno de los ejes, cuya longitud es igual a la amplitud intercuartil cuyos extremos se sitúan en los valores correspondientes al primer cuartil,  $Q_1$ , y el tercer cuartil,  $Q_3$ . En el interior de la caja está situado el 50 % central de los valores de la variable, y fuera el 50 % restante. Se marca en el interior de la caja, con una línea, el lugar del valor de la mediana, y ésta divide la caja en dos partes, del 25 % de los valores. A continuación se representan los bigotes, a ambos lados de la caja, cuya longitud a partir de los extremos de la caja debe ser igual a 1,5 veces la amplitud intercuartil si hay valores de la variable superiores a este límite; si no es así, el extremo de cada bigote coincide con los valores mínimo y máximo, respectivamente, de la variable representada.

Si la variable es, aproximadamente, simétrica, los bigotes tendrán una longitud similar; si la variable tiene una acumulación de valores a uno de los lados, los bigotes no tendrán la misma longitud y uno será más largo que el otro.

### 3.5.2 INFERENCIA ESTADÍSTICA

La **inferencia estadística** es aquella rama de la estadística que se dedica a determinar la relación entre dos variables biológicas mediante la generación de modelos, inferencias y predicciones asociadas a los fenómenos en cuestión, teniendo en cuenta la aleatoriedad de las observaciones. Se usa para modelar patrones en los datos y extraer inferencias acerca de la población bajo estudio.

Las pruebas de contraste de hipótesis aplicadas en nuestro estudio fueron la U de Mann-Whitney y el test de Kruskal Wallis.

#### 1) U de MANN-WHITNEY

La **prueba U de Mann-Whitney** permite comprobar si dos muestras aleatorias e independientes proceden de una misma población, es decir no hay diferencia entre las muestras. El único requisito para aplicar estos contrastes es que la variable esté medida al menos en una escala ordinal.

La hipótesis nula del contraste es que las dos muestras, de tamaño  $n_1$  y  $n_2$ , respectivamente, proceden de poblaciones continuas idénticas. La hipótesis alternativa puede ser unilateral o bilateral y únicamente supone que la tendencia central de una población difiere de la otra, pero no una diferencia de forma o de dispersión. Por esta razón esta prueba es el equivalente no paramétrico de la prueba t para la diferencia de dos medias cuando las muestras son independientes pero no puede suponerse la normalidad de las poblaciones de origen.

Para realizar el contraste se ordenan conjuntamente las observaciones de las dos muestras, de menor a mayor, y se les asignan rangos. Si la tendencia central de ambas poblaciones es la misma los rangos deberían distribuirse aleatoriamente entre las dos muestras y el rango medio correspondiente a las observaciones de una muestra debería ser muy similar al correspondiente a las

observaciones de la otra. El estadístico de prueba U de Mann-Whitney se construye a partir de la suma de rangos de una de las muestras,  $R_i$ , elegida arbitrariamente <sup>84</sup> (siendo  $i=1,2$ )

$$U_i = n_1 n_2 + \frac{n_i(n_i+1)}{2} - R_i$$

El estadístico de prueba es el valor Z:

$$Z = \frac{U - \mu_U}{\sigma_U}$$

## 2) KRUSKAL-WALLIS

El **contraste de Kruskal-Wallis** es la alternativa no paramétrica del método ANOVA, es decir, sirve para contrastar la hipótesis de que k muestras cuantitativas han sido obtenidas de la misma población. La única exigencia versa sobre la aleatoriedad en la extracción de las muestras, no haciendo referencia a ninguna de las otras condiciones adicionales de homocedasticidad y normalidad necesarias para la aplicación del test paramétrico ANOVA.

De este modo, este contraste es el que debemos aplicar necesariamente cuando no se cumple algunas de las condiciones que se necesitan para aplicar dicho método. Al igual que las demás técnicas no paramétricas, ésta se apoya en el uso de los rangos asignados a las observaciones.

Las hipótesis de la prueba de Kruskal-Wallis son:

**H<sub>0</sub>**: las k medianas son todas iguales.  $H_0: f_1(X) \cong f_2(X) \cong f_3(X) \cong \dots f_k(X)$

**H<sub>1</sub>**: al menos una de las medianas es diferente.

donde  $f_1(X)$ ,  $f_2(X)$ ,  $f_3(X)$ , ...,  $f_k(X)$  son las correspondientes funciones de densidad de probabilidad. La hipótesis alternativa puede ser general y establecer sólo que las k distribuciones no son idénticas; sin embargo, esta prueba es sensible a las

diferencias en tendencia central por lo cual resulta muy útil cuando se sospecha que las distribuciones de interés difieren sólo en ese aspecto<sup>84</sup>.

- Cálculo de los rangos para cada observación: para cada observación se le asigna el rango según el orden que ocupa la observación en el conjunto total de los datos, asignando el rango medio en caso de empates.

- Cálculo de la suma de rangos  $R_m$ : para cada grupo  $m = 1, \dots, r$ , siendo  $r$  el número de grupos, se define  $R_m$  como la suma de rangos de cada grupo  $m$ .

De acuerdo a las características del diseño experimental y tipo de variables, interesaba estudiar el grado de asociación entre variables y las posibles relaciones entre las mismas, con la finalidad de definir modelos o leyes de aplicación general. Para ello empleamos las técnicas de correlación y regresión que describimos:

### 3) COEFICIENTE DE CORRELACIÓN

La correlación es la medida de asociación entre variables. Indica la fuerza y la dirección de una relación lineal entre dos variables aleatorias. Se considera que dos variables cuantitativas están correlacionadas cuando los valores de una de ellas varían sistemáticamente con respecto a los valores homónimos de la otra: si tenemos dos variables (A y B) existe correlación si al aumentar los valores de A lo hacen también los de B y viceversa.

El **coeficiente de correlación** (de **Spearman**), utilizado en nuestro estudio, se utiliza para contrastar la dependencia de dos variables cuantitativas  $x$  e  $y$ , cuando se tienen sospechas de que las variables dadas siguen una distribución no normal. Como el resto de los test no paramétricos, se basa en la asignación de rangos a los valores de las variables. Las hipótesis a contrastar son:

**$H_0$ :** los valores que toma una variable aleatoria  $x$  son independientes de los que toma otra variable aleatoria  $y$ .

**H<sub>1</sub>**: los valores altos de y suelen ir acompañados de valores altos (o bajos) de x.

Dada una muestra de n parejas de valores (x<sub>i</sub>; y<sub>i</sub>), el proceso a seguir para estimar la fuerza de asociación no paramétrica entre x e y consiste en ordenar la muestra de los x<sub>i</sub> de menor a mayor y asignarles rangos R<sub>i</sub> del modo tradicional; hacer lo mismo con la muestra de los y<sub>i</sub>; anotar las n parejas de rangos obtenidos (R<sub>i</sub>; R'<sub>i</sub>) y calcular para ellas el coeficiente de correlación usual, que se llamará ahora r<sub>s</sub>:

$$r_s = \frac{\sum (R_i - \bar{R}_i) \times (R'_i - \bar{R}'_i)}{\sqrt{\sum (R_i - \bar{R}_i)^2 \sum (R'_i - \bar{R}'_i)^2}}$$

El coeficiente de correlación sirve, por tanto, para medir la correlación entre 2 variables. La ventaja que tiene este coeficiente sobre otras herramientas para medir la correlación, como puede ser la covarianza, es que los resultados del coeficiente de correlación están acotados entre -1 y +1. Esta característica nos permite comparar diferentes correlaciones de una manera más estandarizada.

Así pues, el coeficiente de correlación sirve para constatar que ambas variables están relacionadas y que esa correlación no es explicada por el azar (es decir, que es significativa). Además de significativo, el coeficiente de correlación debe ser alto, tanto mejor cuanto más próximo a +1 ó -1, de forma que coeficientes de correlación de 0.9 permiten magníficos ajustes por una recta de regresión, con valores próximos a 0.8 los ajustes son buenos, con cifras próximas a 0.7 son aceptables, coeficientes alrededor de 0.6 pueden, en ciertos casos, permitir ajustes medianamente aceptables, y valores de 0.5 hacia abajo son, generalmente, rechazables. La misma escala puede servir, naturalmente, si los coeficientes de correlación son negativos, en cuyo caso la única diferencia está en que traducen el hecho de que una variable baja cuando la otra sube<sup>85</sup>

#### 4) REGRESIÓN

Se detallan ahora los métodos de regresión utilizados en nuestro estudio:

- Regresión lineal: Si sabemos que existe una relación entre una variable dependiente y otras independientes puede darse el problema de que la dependiente asuma múltiples valores para una combinación de valores de las independientes. La dependencia a la que hacemos referencia es relacional matemática y no necesariamente de causalidad.

Si se da ese tipo de relaciones se suele recurrir a los estudios de regresión en los cuales se obtiene una nueva relación pero de un tipo especial denominado **función**, en la cual la variable independiente se asocia con un indicador de tendencia central de la variable dependiente. Cabe recordar que, en términos generales, una función es un tipo de relación en la cual para cada valor de la variable independiente le corresponde uno y sólo un valor de la variable dependiente.

En el estudio de la relación funcional entre dos variables poblacionales, una variable X, llamada independiente, explicativa o de predicción y una variable Y, llamada dependiente o variable respuesta, presenta la siguiente relación:

$$y = a + bx + e$$

donde  $a$  es el valor de la ordenada donde la línea de regresión se intercepta con el eje Y,  $b$  es el coeficiente de regresión poblacional (pendiente de la línea recta) y  $e$  es el error.

Al representar en una gráfica de coordenadas la relación entre dos variables cualesquiera se obtienen una serie de puntos más o menos dispersos por la misma. La **regresión lineal** consiste en la sustitución de esta nube de puntos obtenida por la recta que mejor la represente, entendiendo como tal la que mejor aproxima sus valores a los de aquella.

Al proceder de esta forma, cada valor de la nube de puntos se va a encontrar a una distancia determinada de la recta de regresión, de forma que si la suma de todos esos desajustes es mínima la recta será la que mejor represente de la suma de puntos. Así las diferencias que correspondan a puntos por encima de la recta van a ser positivas, mientras que las correspondientes a puntos por debajo de la misma van a ser negativas. De esta forma, la suma de desajustes puede ser engañosa, ya que diferencias positivas pueden contrarrestar diferencias negativas, pudiendo obtenerse una suma total de desajustes nula, dando la falsa impresión de un ajuste perfecto. Para solventar este problema se recurre al denominado **método de los mínimos cuadrados**, consistente en elevar al cuadrado los desajustes, de manera que así siempre quedarán valores positivos.

La recta de regresión debe pasar por el punto de máxima concentración o centro de gravedad de la nube (**G**), cuyas coordenadas serán  $m_x$  y  $m_y$ . En tal caso, la ecuación de las rectas que pasan por un punto G ( $m_x, m_y$ ) será:

$$y - m_y = a (x - m_x)$$

donde  $a$ , denominado **coeficiente de regresión**, corresponde a la pendiente de la recta, y es igual al coeficiente de correlación multiplicado por el cociente entre las desviaciones típicas de Y y de X, es decir:

$$a = r \frac{\sigma_y}{\sigma_x}$$

De esta forma, sustituyendo la fórmula para calcular  $a$  en la ecuación previa obtenemos la fórmula final para calcular la recta de regresión, a saber:

$$y - m_y = r \frac{\sigma_y}{\sigma_x} (x - m_x)$$

Así, para aplicar la fórmula de la recta de regresión basta con conocer las medias y las desviaciones típicas de las variables, así como su coeficiente de correlación <sup>85</sup>.

- Regresión no lineal. Regresión logística.

No siempre está justificado el intentar sustituir una nube de puntos obtenida al estudiar la relación existente entre dos variables por una recta que represente el fenómeno biológico que se analiza, ya que multitud de fenómenos no se ajustan a ecuaciones lineales rectilíneas y siguen, preferentemente, otro tipo de curvas de ecuaciones más o menos complejas.

El estudio de la regresión no lineal presenta dos partes diferenciadas: la primera, la selección de la forma general de curva teórica que se pretende ajustar a los resultados del experimento, y la segunda, la aplicación, una vez seleccionada, del procedimiento de los mínimos cuadrados para determinar los coeficientes de la curva. La primera parte consiste en elegir, de entre las ecuaciones generales de curvas habituales que estudia la geometría analítica aquella que, por su forma cualitativa, piense el investigador que presenta una semejanza o tendencia más parecida con la nube experimental de puntos obtenida en el ensayo real. La observación detenida de esta nube o diagrama de dispersión permitirá decidir la forma de qué tipo de curva sigue su tendencia o desarrollo <sup>85</sup>.

La **regresión logística** viene definida por la existencia de una variable dependiente con dos categorías y una o más variables independientes que pueden ser tanto categóricas como cuantitativas.

En ocasiones el modelo de regresión logística precisa incluir como variable dependiente más de dos categorías (c); en este caso se definen c-1 logit o ecuaciones simultáneas, cada uno de ellos comparando una

determinada categoría con la definida como de referencia, que en el caso particular de la regresión logística multinomial debe ser la categoría de valor más bajo.

$$\text{Logit } (Y=s) = \ln \frac{\text{Pr}(Y=s)}{1-\text{Pr}(Y=0)} = \beta_{0s} + \beta_{1s} x$$

Es importante tener claro que el modelo más simple de esta regresión, donde la variable independiente es categórica binaria, equivale a una tabla de contingencia ( $\chi^2$ ). Sin embargo el modelo se va a ir complicando conforme añadamos categorías a la variable independiente o introduzcamos un predictor (variable independiente) cuantitativo.

La regresión logística ordinal supone asumir que las categorías de la variable dependiente tienen un orden dado, lo que supone una información que desestimaríamos si la considerásemos solo como una variable cuantitativa (regresión lineal) o categórica no binaria (multinomial). Este tipo de regresión no supone definir logits respecto a una categoría de referencia, sino que se trabaja con una categoría no representada y codificada con el valor mayor para que la categoría de referencia sea la más baja debe recodificarse.

Se han desarrollado varios modelos de regresión ordinal que difieren entre sí en la manera en que definen los logits de respuesta, a saber:

- Modelo de odds proporcionales o modelo de odds acumulativas.
- Modelo de razones de continuidad.
- Modelo de categorías adyacentes.

De ellos, el más usado y el que nosotros hemos empleado en nuestro estudio, es el modelo de odds proporcionales. En él, la  $\text{Pr}(Y \leq s)$  se denomina **probabilidad acumulativa** de la respuesta  $s$ ; lo que permite definir la **odds acumulativa** de la respuesta  $s$ :

$$\text{Logit}(Y \leq s) = \ln \frac{\Pr(Y \leq s)}{1 - \Pr(Y \leq s)} = \alpha_5 + \beta_1$$

A la hora de interpretar los parámetros de un modelo de odds proporcionales hay que tener presente la particular definición de probabilidad realizada, que contrapone probabilidades inferiores o iguales a un valor de respuesta *versus* las superiores al mismo. El valor  $e^\beta$ , siendo  $\beta$  el coeficiente de estimación obtenido, es la razón de odds acumulativas entre una y otra categoría de la variable independiente. La significación global del modelo se obtiene mediante la prueba de razón de verosimilitud global, mientras que la significación individual de los parámetros del modelo se obtiene mediante la prueba de Wald o mediante la prueba de razón de verosimilitud parcial <sup>86</sup>.

- Regresión multivariante.

Se conoce como análisis de **regresión multivariante** al método estadístico que permite establecer una relación matemática entre un conjunto de variables  $X_1, X_2, \dots, X_n$  (**covariantes** o **factores**) y una variable dependiente  $Y$ . Mediante ella se busca la posible relación existente entre más de dos variables. Se investiga el poder estimar una variable biológica, no en función de los valores que pueda tomar otra, sino en función de los valores que puedan tomar otras dos o más de dos. Se utiliza fundamentalmente en estudios en los que no se puede controlar por diseño los valores de las variables independientes, como suele ocurrir en los estudios epidemiológicos y observacionales. Los objetivos de un modelo de regresión pueden ser dos:

- 1) Obtener una ecuación que nos permita predecir el valor de  $Y$  una vez conocidos los valores de  $X_1, X_2, \dots, X_n$ . Se conocen como **modelos predictivos**.

- 2) Cuantificar la relación entre  $X_1, X_2, \dots, X_n$  y la variable  $Y$  con el fin de conocer o explicar mejor los mecanismos de esa relación. Se trata de **modelos descriptivos**, muy utilizados cuando se busca encontrar qué variables afectan a los valores de un parámetro fisiológico, o cuáles son los posibles factores de riesgo que pueden influir en la probabilidad de que se desarrolle una patología.

La ecuación de regresión tendrá la siguiente forma:

$$[N] = a [A] + b [B] + \dots m [M] + n$$

Los coeficientes de las sucesivas variables ( $a, b, \dots m$ ), junto con el término independiente  $n$ , una vez calculados, proporcionan la ecuación de regresión, que ya no será una recta, sino un plano o un hiperplano <sup>86</sup>

Un problema fundamental que se plantea a la hora de construir un modelo multivariante es qué factores  $X_1, X_2, \dots, X_n$  incluir en la ecuación, de tal manera que estimemos el mejor modelo posible a partir de los datos de nuestro estudio. Para ello lo primero que habría que definir es qué entendemos por mejor modelo. Si buscamos un modelo predictivo será aquél que nos proporcione predicciones más fiables, más acertadas; mientras que si nuestro objetivo es construir un modelo explicativo, buscaremos que las estimaciones de los coeficientes de la ecuación sean precisas, ya que a partir de ellas vamos a efectuar nuestras deducciones. Cumplidos esos objetivos es claro que otra característica deseable del modelo es que sea lo más sencillo posible.

- Regresión logística multinomial.

La regresión multinomial es aquella que estima una variable en función de sucesivas potencias de la otra. Se ajusta a la siguiente fórmula:

$$y = a + bx + cx^2 + \dots mx^n$$

El problema reside en determinar  $a, b, c, \dots, m$  por el procedimiento de mínimos cuadrados, para lo cual habrá que hacer mínima la siguiente expresión:

$$M = \sum [y_i - (a + bx_i + cx_i^2 + \dots + mx_i^n)]^2$$

De esta forma, si el polinomio contiene a la  $x$  en primer grado se trata de una recta o regresión lineal; si la contiene hasta el segundo grado, será una curva parabólica; y grados sucesivos podrán ir ajustando, progresivamente, hasta las curvas más complejas, con errores de estimación cada vez menores <sup>85</sup>

La regresión logística multinomial resulta útil en aquellas situaciones en las que se desea poder clasificar a los sujetos según los valores de un conjunto de variables predictoras. Este tipo de regresión es similar a la regresión logística, pero más general, ya que la variable dependiente no está restringida a dos categorías. La variable dependiente debe ser categórica y agrupa a más de 2 categorías. Las variables independientes pueden ser factores o covariables. En general, los factores deben ser variables categóricas y las covariables deben ser variables continuas <sup>86</sup>.

## **5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**



## **5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Sin querer modificar cada uno de los apartados que clásicamente formaban parte del documento que se presentaba como “tesis doctoral”. En nuestro caso, como se viene haciendo últimamente, vamos a presentar el capítulo de resultados de forma conjunta con el de discusión.

Con ello queremos cumplir tres objetivos: en primer lugar, organizar la discusión y centrarla en cada uno de los bloques de resultados que presentamos, de esta manera entendemos que se puede concretar y precisar mucho más; en segundo lugar, al lector le resultará más fácil leer y criticar los contenidos incluidos en ambos capítulos; finalmente, como se viene argumentado desde el inicio del trabajo, son pocas las publicaciones que tienen por objeto el análisis y/o estudio de las necesidades sanitarias de este sector poblacional, a este respecto, el contenido de tres de los bloques se encuentra en fase de revisión o ha sido aceptado para su publicación en diferentes revistas científicas.

En definitiva los resultados, así como, la discusión pertinente de los mismos, se ha dividido en cuatro bloques o apartados para una adecuada sistematización de los mismos, dichos bloques son:

- 5.1 Situación sanitaria de los menores al ingreso en los centros.
- 5.2 Problemas de salud prevalentes encontrados.
- 5.3 Controles y registros sanitarios
- 5.4 Análisis de los factores de riesgo sociosanitario.

En estos cuatro bloques argumentales se analizan los objetivos planteados inicialmente en cuanto al conocimiento de las necesidades sanitarias de los menores así como la existencia de diferencias en cuanto a la edad, el tipo de centro o la nacionalidad de los mismos.

## 5.1 SITUACIÓN SANITARIA DE LOS MENORES AL INGRESO EN LOS CENTROS

Como apuntábamos anteriormente, la práctica totalidad de los artículos que abordan la problemática sanitaria de los menores en el sistema de protección analizan la situación de los mismos al ingreso, motivo por el cual, nos parecía de interés realizar un análisis de los resultados obtenidos a este respecto.

De esta forma, en el presente bloque exponemos los resultados constatados en la revisión de los informes sanitarios de los menores al ingreso en los centros. La descripción de los mismos se realiza atendiendo a las variables contenidas en el modelo de informe sanitario de ingreso propuesto por la delegación (*ver capítulo de material y métodos*) y según la entidad gestora de los centros, estableciéndose, posteriormente tres grupos de comparaciones según: el tipo de centro, la nacionalidad de los menores así como el grupo etario. Para la regresión lineal se utilizó como variable dependiente el tiempo de estancia en la institución.

### 5.1.1 RESULTADOS

#### ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS EXISTENTES EN LOS INFORMES SANITARIOS DE LOS MENORES A SU INGRESO EN EL CENTRO.

Los resultados de las variables recogidos en las tablas siguientes reflejan la existencia o no de informe sanitario en los expedientes revisados, así como, los datos que constan en los mismos.

La existencia de informe sanitario al ingreso en el centro en los expedientes de los menores se constató en algo más de la mitad de los mismos (52.9%) proporción que se mantiene similar en los centros gestionados por órdenes religiosas así como los centros públicos y fundaciones pero que se invierte en los centros gestionados por ONGs llegando a ser un 54.9% los expedientes en los que no existe informe sanitario al ingreso (Tabla 1).

**Tabla 1. Constancia de cualquier tipo de informe sanitario al ingreso según tipo de entidad gestora.**

Informe sanitario	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
SI	157 (53.5%)	45 (45.1%)	85 (57.3%)	27 (56%)
NO	136 (46.5%)	54 (54.9%)	62 (42.7%)	20 (44%)
<b>Total</b>	<b>293 (100%)</b>	<b>99 (100%)</b>	<b>147 (100%)</b>	<b>47 (100%)</b>

Las tablas que siguen a continuación se referirán al número de informes sanitarios existentes en la muestra revisada, un total de 160.

La mayoría de los informes revisados, hasta un 64%, procedían del CAI. En una cuarta parte de los casos los menores eran sistemáticamente revisados en el centro de salud a su ingreso por no constar ningún informe sanitario en su expediente, la proporción de menores revisados en el centro de salud en los centros gestionados por ONGs asciende a más del 30% (Tabla 2).

**Tabla 2. Procedencia del informe sanitario existente según tipo de entidad.**

Procedencia	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
CAI	100 (63.7%)	22 (48.9%)	55 (65.5%)	23 (82.1%)
Centro de Salud	41 (26.1%)	15 (33.3%)	23 (27.4%)	3 (10.7%)
Otros	16 (10.2%)	8 (17.8%)	6 (7.1%)	2 (7.1%)
<b>Total</b>	<b>157 (100%)</b>	<b>45 (100%)</b>	<b>84 (100%)</b>	<b>28 (100%)</b>

### 1. Anamnesis.

Las tablas que siguen a continuación reflejan el registro de datos de las diferentes variables que constituyen la anamnesis que consta en los informes.

En la gran mayoría de los informes, hasta un 80% de los casos, en los que los antecedentes personales y familiares quedan recogidos estos son desconocidos, independientemente del tipo de entidad gestora del centro (Tablas 3 y 4).

**Tabla 3. Antecedentes personales recogidos en los informes según tipo de entidad.**

Antecedentes personales	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
Conocidos	19 (19.8%)	3 (13%)	13 (24.5%)	3 (15%)
Desconocidos	77 (80.2%)	20 (87%)	40 (75.5%)	17 (85%)
<b>Total</b>	<b>96 (100%)</b>	<b>23 (100%)</b>	<b>53 (100%)</b>	<b>20 (100%)</b>

**Tabla 4. Antecedentes familiares recogidos en los informes según tipo de entidad.**

Antecedentes familiares	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
Conocidos	6 (6.5%)	2 (9.5%)	4 (7.5%)	-
Desconocidos	87 (93.5%)	19 (90.5%)	49 (92.5%)	19 (100%)
<b>Total</b>	<b>93 (100%)</b>	<b>21 (100%)</b>	<b>53 (100%)</b>	<b>19 (100%)</b>

Los hábitos referidos por los menores quedan recogidos en menos de la mitad de los informes que se revisaron (Tabla 5), en aquellos en los que se dispone de dicho dato la práctica totalidad de los mismos, el 85% refiere no tener ningún hábito de consumo. En cuanto a los datos de alergias conocidas, se registran en menos de la mitad de los informes revisados y en la práctica totalidad de los mismos (97%) no existen alergias previas (Tabla 6).

**Tabla 5. Consumo de drogas registrado en los informes según tipo de entidad.**

Consumo de drogas	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otras
SI	9 (15%)	3 (23.1%)	1 (3.8%)	5 (23.8%)
NO	51 (85%)	10 (76.9%)	25 (96.2%)	16 (76.2%)
<b>Total</b>	<b>60 (100%)</b>	<b>13 (100%)</b>	<b>26 (100%)</b>	<b>21 (100%)</b>

**Tabla 6. Alergias conocidas registradas en los informes según tipo de entidad.**

Alergias	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
SI	2 (3.3%)	1 (7.1%)	1 (3.8%)	-
NO	58 (96.7%)	13 (92.9%)	25 (96.2%)	20 (100%)
<b>Total</b>	<b>60 (100%)</b>	<b>14 (100%)</b>	<b>26 (100%)</b>	<b>20 (100%)</b>

Hasta en un 93% de los menores en los que se recogió la variable del antecedente vacunal, no existía ningún registro de vacunación previo a la entrada en el centro (Tabla 7)

**Tabla 7. Vacunaciones previas registradas en los informes según tipo de entidad.**

Vacunaciones	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
SI	4 (6.6%)	3 (20%)	1 (3.7%)	-
NO	56 (93.3%)	12 (80%)	26 (96.3%)	18 (100%)
<b>Total</b>	<b>60 (100%)</b>	<b>15 (100%)</b>	<b>27 (100%)</b>	<b>18 (100%)</b>

## 2. Exploración y pruebas complementarias.

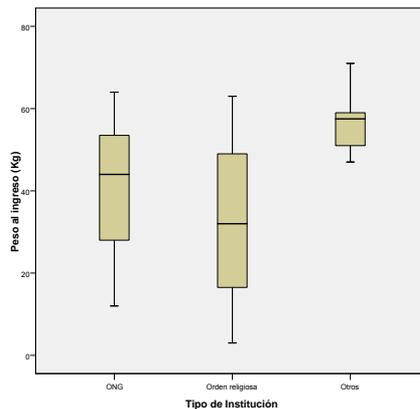
En las siguientes tablas se recogen los datos constatados en la revisión de los informes sanitarios en cuanto a la exploración física de los menores así como las pruebas complementarias realizadas a la entrada en los centros. Los valores numéricos se refieren al total de informes constatados.

En lo relativo al peso al ingreso en la institución (Tabla 8 y Figura 1) llama la atención la desviación del peso hacia la derecha en instituciones diferentes a ONG e instituciones religiosas, con una mediana en todos los casos superior a la media. Como es de esperar en ninguno de los grupos se pudo demostrar una distribución normal. Como se verá posteriormente, la edad media de los niños acogidos en entidades religiosas es inferior a la observada en ONGs y otras entidades, en consecuencia observamos, una talla media inferior en los menores atendidos en estos centros al igual que ocurría para el peso (Tabla 9 y Figura 2). En todos los casos la mediana es igual o superior a la media, resultando en consecuencia distribuciones asimétricas con algunos casos extremos por la derecha.

Tabla 8. Análisis descriptivo del peso al ingreso según el tipo entidad.

Peso al ingreso	ONG	O. religiosa	Otros	Total
<b>N</b>	27	47	16	90
<b>Media</b>	40.37	32.81	56.06	39.21
<b>DS media</b>	16.27	18.17	5.83	18.07
<b>Error media</b>	3.13	2.65	1.46	1.905
<b>Mediana</b>	44.0	32.0	57.5	43.5
<b>Rango</b>	52	60	24	68
<b>Valor mínimo</b>	12	3	47	3
<b>Valor máximo</b>	64	63	71	71
<b>Amplitud intercuartil</b>	28	33	24	32
<b>Varianza</b>	264.55	330.1	8	326.69
<b>Asimetría</b>	-0.297	0.101	0.75	-0.350
<b>Percentil 10/90</b>	15.0/62.2	8.0/58.2	48.4/63.3	12.2/59.0
<b>Test normalidad (Kolmogov)</b>	0.120	0.920	0.187	0.139
	P=0.20	P=0.20	P=0.138	P<0.001

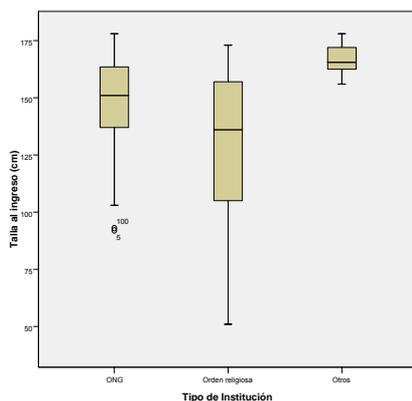
Figura 1. Boxplot para la variable peso al ingreso



**Tabla 9. Análisis descriptivo de la talla al ingreso según tipo de entidad.**

Talla al ingreso	ONG	O. religiosa	Otros	Total
<b>N</b>	27	47	16	90
<b>Media</b>	145.15	128.6	166.69	140.3
<b>DS media</b>	24.68	34.05	6.42	31.44
<b>Error media</b>	4.75	4.97	1.60	3.31
<b>Mediana</b>	151.0	136.0	165.5	151.0
<b>Rango</b>	86	122	22	127
<b>Valor mínimo</b>	92	51	156	51
<b>Valor máximo</b>	178	173	178	178
<b>Amplitud intercuartil</b>	28	54	10	45
<b>Varianza</b>	608.98	1159.11	41.16	988.58
<b>Asimetría</b>	-0.896	-0.627	0.102	-1.03
<b>Percentil 10/90</b>	101/172	73.8/167.2	156.7/176.6	92/172
<b>Test normalidad (Kolmogov)</b>	0.171	0.116	0.187	0.155
	P=0.20	P=0.20	P=0.138	P<0.001

**Figura 2. Boxplot para la variable talla al ingreso.**

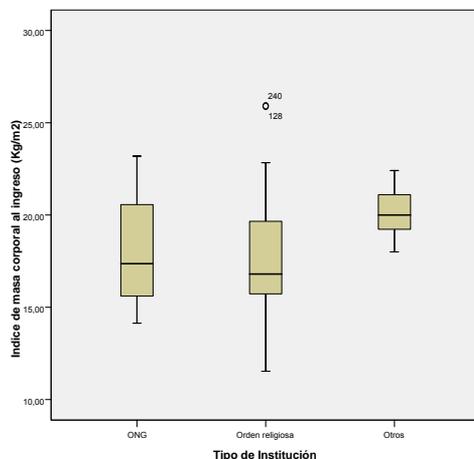


El IMC es una variable dependiente del peso y la talla constatándose, como en las anteriores, valores más altos para el IMC en los menores residentes en centros diferentes a ONGs y órdenes religiosas. Se aprecia que la muestra sigue una distribución normal (Tabla 10 y Figura 3).

**Tabla 10. Análisis descriptivo del IMC al ingreso según tipo de entidad.**

<b>IMC al ingreso</b>	<b>ONG</b>	<b>O. religiosa</b>	<b>Otros</b>	<b>Total</b>
<b>N</b>	27	47	16	90
<b>Media</b>	18.09	17.71	20.15	18.26
<b>DS media</b>	2.88	3.22	1.32	2.98
<b>Error media</b>	0.55	0.47	0.33	0.31
<b>Mediana</b>	17.36	16.8	19.99	17.95
<b>Rango</b>	9.05	14.38	4.41	14.38
<b>Valor mínimo</b>	14.14	11.53	18	11.53
<b>Valor máximo</b>	23.19	25.92	22.4	25.92
<b>Amplitud intercuartil</b>	5.17	4.03	1.94	4.72
<b>Varianza</b>	8.302	10.39	1.73	8.89
<b>Asimetría</b>	0.123	0.666	0.305	0.181
<b>Percentil 10/90</b>	14.2/21.9	14.14/22.32	18.35/22.39	14.4/22.13
<b>Test normalidad (Kolmogov)</b>	0.141	0.124	0.158	0.08
	P=0.182	P=0.67	P=0.20	P=0.20

Figura 3. Boxplot para la variable IMC al ingreso.



El estado nutricional de los menores en el momento del ingreso en el centro es adecuado en el 73% de los casos (Tabla 11). En los centros gestionados por ONGs la cifra de menores con bajo peso al ingreso supera el 25%, siendo la cifra menor, del 20%, en el resto de entidades. En cuanto a las exploraciones que quedan recogidas en los informes revisados se objetiva que no constan datos de interés en prácticamente las tres cuartas partes de las mismas (Tabla 12), resultado que se mantiene constante según el tipo de entidad gestora excepto en los centros gestionados por ONGs en la que los informes con exploraciones patológicas son más frecuentes.

Tabla 11. Estado nutricional de los menores al ingreso en el centro según tipo de entidad.

Estado nutricional	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
Bajo peso	16 (18.8%)	7 (25.9%)	7 (17%)	2 (11.8%)
Adecuado	62 (72.9%)	18 (66.7%)	29 (70.7%)	15 (88.2%)
Sobrepeso	6 (7.05%)	2 (7.4%)	4 (9.7%)	0
Obesidad	1 (1.2%)	0	1 (2.4%)	0
<b>Total</b>	<b>85 (100%)</b>	<b>27 (100%)</b>	<b>41 (100%)</b>	<b>17 (100%)</b>

**Tabla 12. Constatación de algún dato de interés en la exploración recogida en los informes según tipo de entidad.**

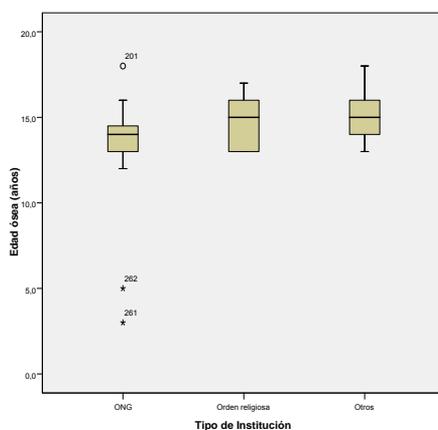
Exploración (datos de interés)	Frecuencia	Tipo de gestión		
		ONG	O. religiosa	Otros
SI	16 (22.9%)	10 (45.5%)	5 (13.2%)	1 (7.7%)
NO	54 (77.1%)	12 (54.5%)	33 (86.8%)	9 (69.2%)
<b>Total</b>	<b>70 (100%)</b>	<b>22 (100%)</b>	<b>38 (100%)</b>	<b>10 (100%)</b>

La mediana de edad ósea de los niños estudiados es de 14-15 años con valores bastante próximos a la media. Excepto para la distribución de niños acogidos en ONGs, existen pocos casos extremos, aún así las distribuciones se alejan de la normal como se desprende un test de Kolmogov significativo en todos los casos (Tabla 13 y Figura 4).

**Tabla 13. Análisis descriptivo de la edad ósea al ingreso según el tipo de entidad.**

Edad ósea al ingreso	ONG	O. religiosa	Otros	Total
<b>N</b>	15	13	13	31
<b>Media</b>	13	14.8	15.15	14.27
<b>DS media</b>	3.9	1.57	1.41	2.79
<b>Error media</b>	1.02	0.47	0.39	0.43
<b>Mediana</b>	14	15	15	14
<b>Rango</b>	15	4	5	15
<b>Valor mínimo</b>	3	13	13	3
<b>Valor máximo</b>	18	17	18	18
<b>Amplitud intercuartil</b>	3	3	2	2
<b>Varianza</b>	15.7	2.47	1.97	7.8
<b>Asimetría</b>	-1.7	-0.006	0.533	-2.4
<b>Percentil 10/90</b>	4.2/16.8	13/17	13.4/17.6	12.2/17
<b>Test normalidad (Kolmogov)</b>	0.33	0.230	0.179	0.24
	P<0.001	P<0.001	P<0.001	P<0.001

**Figura 4. Boxplot para la variable "Edad ósea al ingreso".**



En las siguientes tablas se recogen los datos recogidos sobre los resultados de las pruebas complementarias realizadas al ingreso.

El hemograma y la bioquímica constan en la mayoría de los informes revisados siendo normal en la práctica totalidad de los mismos, entre un 84-88%. En cuanto a los resultados de la VSG y la bioquímica de orina, presentes en menos de la mitad de los informes, son mayoritariamente normales 88.5% y 98.5% respectivamente (Tablas 14 – 17).

**Tabla 14. Registro del hemograma recogido en el informe de ingreso según tipo de entidad.**

Hemograma	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
Normal	101 (87.8%)	28 (82.4%)	49 (89.1%)	24 (92.3%)
Patológico	14 (12.3%)	6 (17.6%)	6 (10.9%)	2 (7.7%)
<b>Total</b>	<b>115 (100%)</b>	<b>34 (100%)</b>	<b>55 (100%)</b>	<b>26 (100%)</b>

Tabla 15. Registro de la VSG recogida en el informe de ingreso según tipo de entidad.

VSG	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
Normal	46 (88.5%)	15 (78.9%)	14 (87.5%)	17 (100%)
Patológica	6 (11.5%)	4 (21.1%)	2 (12.5%)	-
<b>Total</b>	<b>52 (100%)</b>	<b>19 (100%)</b>	<b>16 (100%)</b>	<b>17 (100%)</b>

Tabla 16. Registro de la bioquímica recogida en el informe de ingreso según tipo de entidad.

Bioquímica	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
Normal	86 (84.3%)	21 (70%)	40 (76.9%)	25 (96.2%)
Patológica	22 (20.7%)	9 (30%)	12 (23.1%)	1 (3.8%)
<b>Total</b>	<b>108 (100%)</b>	<b>30 (100%)</b>	<b>52 (100%)</b>	<b>26 (100%)</b>

Tabla 17. Registro de la analítica de orina recogida en el informe de ingreso según tipo de entidad gestora.

Análisis de orina	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
Normal	64 (98.5%)	25 (100%)	19 (95%)	20 (100%)
Patológica	1 (1.5%)	-	1 (5%)	-
<b>Total</b>	<b>65 (100%)</b>	<b>25 (100%)</b>	<b>20 (100%)</b>	<b>20 (100%)</b>

La realización de la prueba de la tuberculina consta en menos de la mitad de informes, en aquellos casos en los que se registra, hasta en un 90.5% el Mantoux es negativo, proporción que se mantiene constante en los centros gestionados por ONGs y órdenes religiosas en el resto la positividad asciende hasta una cuarta parte de los mismos (Tabla 18).

Tabla 18. Registro del Mantoux en el informe de ingreso según tipo de entidad.

Mantoux	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
Negativo	67 (90.5%)	18 (94.7%)	33 (97.1%)	16 (76.2%)
Positivo	7 (9.5%)	1 (5.3%)	1 (2.9%)	5 (23.8%)
<b>Total</b>	<b>74 (100%)</b>	<b>19 (100%)</b>	<b>34 (100%)</b>	<b>21 (100%)</b>

En las tablas que siguen a continuación se resumen los resultados de las serologías realizadas a los menores.

Las serologías a Salmonella, Brucella y Sífilis resultaron negativas en el 100% de los casos estudiados (Tablas 19 -21).

**Tabla 19. Registro del resultado de la serología a Salmonella tiph y paratiph en el informe de ingreso según el tipo de entidad.**

Serología ( <i>Salmonella</i> )	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros.
Negativo	10 (100%)	-	8 (100%)	2 (100%)
Positivo	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>10 (100%)</b>	<b>0 (100%)</b>	<b>8 (100%)</b>	<b>2 (100%)</b>

**Tabla 20. Registro del resultado de la serología a *Brucella mellitensis* en el informe de ingreso según tipo de entidad.**

Serología ( <i>Brucella</i> )	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
Negativo	32 (100%)	9 (100%)	12 (100%)	11 (100%)
Positivo	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>32 (100%)</b>	<b>9 (100%)</b>	<b>12 (100%)</b>	<b>11 (100%)</b>

**Tabla 21. Registro del resultado de la serología a sífilis en el informe de ingreso según tipo de entidad.**

Serología (Sífilis)	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
Negativo	69 (100%)	17	31	21
Positivo	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>69 (100%)</b>	<b>17 (100%)</b>	<b>31 (100%)</b>	<b>21 (100%)</b>

La serología a Toxoplasma fue negativa hasta en el 80% de los casos en los que fue estudiada (Tabla 22).

**Tabla 22. Registro del resultado de la serología de *Toxoplasma gondii* en el informe de ingreso según tipo de entidad.**

Serología ( <i>T. gondii</i> )	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
Negativo	53 (79.1%)	13 (72.2%)	20 (74.1%)	20 (90.9%)
Positivo	14 (20.9%)	5 (27.8%)	7 (25.9%)	2 (9.1%)
<b>Total</b>	<b>67 (100%)</b>	<b>18 (100%)</b>	<b>27 (100%)</b>	<b>22 (100%)</b>

En cuanto a la serología a hepatitis, la serología a hepatitis A fue positiva en el 46% de los menores en los que se estudió, elevándose hasta en un 62% de los casos en los menores acogidos en centros gestionados por ONGs; la serología a hepatitis B fue negativa hasta en un 92% de los casos en los que se realizó y únicamente se detectó un caso de hepatitis C entre todos los menores a los que se solicitó la serología (Tablas 23-25).

**Tabla 23. Registro del resultado de la serología a hepatitis A en el informe de ingreso según tipo de entidad.**

Serología (Hepatitis A)	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
Negativo	50 (53.7%)	8 (38.1%)	31 (63.3%)	11 (47.8%)
Positivo	43 (46.2%)	13 (61.9%)	18 (36.7%)	12 (52.2%)
<b>Total</b>	<b>93 (100%)</b>	<b>21 (100%)</b>	<b>49 (100%)</b>	<b>23 (100%)</b>

**Tabla 24. Registro del resultado de la serología a hepatitis B en el informe de ingreso según tipo de entidad.**

Serología (Hepatitis B)	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
<b>Negativo</b>	92 (89.3%)	25 (89.3%)	44 (84.6%)	23 (100%)
<b>Positivo</b>	11 (10.7%)	3 (10.7%)	8 (15.4%)	-
<b>Total</b>	<b>103 (100%)</b>	<b>28 (100%)</b>	<b>52 (100%)</b>	<b>23 (100%)</b>

**Tabla 25. Registro del resultado de la serología a hepatitis C en el informe de ingreso según tipo de entidad.**

Serología (Hepatitis C)	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
Negativo	99 (99%)	27 (96.4%)	50 (100%)	22 (100%)
Positivo	1 (1%)	1 (3.6%)	-	-
<b>Total</b>	<b>100 (100%)</b>	<b>28 (100%)</b>	<b>50 (100%)</b>	<b>22 (100%)</b>

Únicamente se detectó un caso de VIH entre todos los menores a los que se le solicitó el estudio (Tabla 26).

**Tabla 26. Registro del resultado de la serología a VIH en el informe de ingreso según tipo de entidad.**

Serología (VIH)	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
Negativo	101 (99.1%)	28 (100%)	51 (98.1%)	22 (100%)
Positivo	1 (0.9%)	-	1 (1.9%)	-
<b>Total</b>	<b>102 (100%)</b>	<b>28 (100%)</b>	<b>52 (100%)</b>	<b>22 (100%)</b>

En cuanto a los anticuerpos postvacunales, se detectaron un 81% de serologías positivas a rubéola entre los menores a los que se les realizó la prueba; la serología a parotiditis se solicitó únicamente en 22 de los casos, de los cuales, hasta un 73% resultó positiva; siendo la de sarampión positiva hasta en un 89% de los casos (Tablas 27 – 29).

**Tabla 27. Registro del resultado de la serología a rubeola en el informe de ingreso según tipo de entidad.**

Serología (Rubeola)	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
Negativo	10 (19.2%)	3 (30%)	6 (19.4%)	1 (9.1%)
Positivo	42 (80.8%)	7 (70%)	25 (80.6%)	10 (90.9%)
<b>Total</b>	<b>52 (100%)</b>	<b>10 (100%)</b>	<b>31 (100%)</b>	<b>11 (100%)</b>

**Tabla 28. Registro del resultado de la serología a parotiditis en el informe de ingreso según tipo de entidad.**

Serología (Parotiditis)	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
Negativo	6 (27.3%)	4 (100%)	2 (11.1%)	-
Positivo	16 (72.7%)	-	16 (88.9%)	-
<b>Total</b>	<b>22 (100%)</b>	<b>4 (100%)</b>	<b>18 (100%)</b>	-

**Tabla 29. Registro del resultado de la serología a sarampión en el informe de ingreso según tipo de entidad.**

Serología (Sarampión)	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
Negativo	2 (11.1%)	1 (33.3%)	1 (6.7%)	-
Positivo	16 (88.8%)	2 (66.7%)	14 (93.3%)	-
<b>Total</b>	<b>18 (100%)</b>	<b>3 (100%)</b>	<b>15 (100%)</b>	-

La serología a varicela se solicitó en 13 de los casos, de los cuales en un 69% resultó positiva (Tabla 30).

**Tabla 30. Registro del resultado de la serología a varicela en el informe de ingreso según tipo de entidad.**

Serología (Varicela)	Frecuencia	Tipo de entidad		
		ONG	O. religiosa	Otros
Negativo	4 (30.8%)	-	4 (30.8%)	-
Positivo	9 (69.2%)	-	9 (69.2%)	-
<b>Total</b>	<b>13 (100%)</b>	-	<b>13 (100%)</b>	-

#### ÁNÁLISIS COMPARATIVO DE LAS VARIABLES CONTENIDAS EN LOS INFORMES SANITARIOS AL INGRESO SEGÚN TIPO DE ENTIDAD GESTORA DE LOS CENTROS

En las tablas a continuación se resumen los datos obtenidos del análisis comparativo de las variables estudiadas según la entidad gestora de los centros. No se observan diferencias significativas entre centros respecto a la existencia o no de informes sanitarios ni respecto a su procedencia (tablas 35 y 36).

Se observa que el peso y la talla al ingreso de los menores es mayor en aquellos que residen en centros públicos que en los que residen en centros gestionados por órdenes religiosas y/o ONGs (tablas 31-34), en probable relación con la mayor edad de los menores atendidos en los centros públicos, como se verá posteriormente. Respecto al resto de información sobre la historia clínica y los datos exploratorios contenidos en los informes (tablas 37-43) no se aprecian diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 31. Análisis comparativo (Kruskall-Wallis) entre el peso y la talla al ingreso según tipo de entidad gestora.**

Variable	Tipo de centro	n	Rango promedio	gl	Kruskall-Wallis (H)	p
<b>Peso al ingreso</b>	ONG	27	46.57	-	-	-
	O. religiosa	47	36.52	-	-	-
	Otras	16	70.06	-	-	-
	Total	90	-	2	19.76	0.001
<b>Talla al ingreso</b>	ONG	27	47.20	-	-	-
	O. religiosa	47	35.62	-	-	-
	Otros	16	71.66	-	-	-
	Total	90	-	2	22.89	0.001

**Tabla 32. Análisis comparativo (Mann-Whitney) entre centros dependientes de ONGs y Órdenes religiosas.**

Variable	Tipo de centro	n	Suma de rangos	Rango promedio	U Mann-Whitney	Z	P
<b>Peso al ingreso</b>	ONG	27	1167.5	43.24			
	Orden religiosa	47	1607.5	34.20	479.5	1.74	0.082
	Total	74	-	-	-	-	-
<b>Talla al ingreso</b>	ONG	27	1191.0	44.11			
	Orden religiosa	47	1584.0	33.70	456.0	2.01	0.045
	Total	74	-	-	-	-	-

**Tabla 33. Análisis comparativo (Mann-Withney) entre centros dependientes de ONGs y otros tipos de entidades.**

Variable	Tipo de centro	n	Suma de rangos	Rango promedio	U Mann-Whitney	Z	P
Peso al ingreso	ONG	27	468.0	17.33	90.0	3.17	0.002
	Otros	16	478.0	29.88			
	Total	43	-	-			
Talla al ingreso	ONG	27	461.5	17.09	83.5	3.33	0.001
	Otros	16	484.5	30.28			
	Total	43	-	-			

**Tabla 34. Análisis comparativo (Mann-Withney) entre centros dependientes de Órdenes religiosas y otros tipos de entidades.**

Variable	Tipo de centro	n	Suma de rangos	Rango promedio	U Mann-Whitney	Z	P
Peso al ingreso	Orden religiosa	47	1237.0	26.32	109.0	4.22	0.001
	Otras	16	779.0	48.69			
	Total	63	-	-			
Talla al ingreso	Orden religiosa	47	1218.0	25.91	90	4.52	0.001
	Otras	16	798.0	49.88			
	Total	63	-	-			

**Tabla 35. Test de Chi cuadrado para la variable existencia de informe sanitario.**

		Tipo de Institución			
		ONG	Orden religiosa	Otros	Total
Informe sanitario	No	64	56	22	142
	Si	52	80	28	160
<b>Total</b>		116	136	50	302
<b>X<sup>2</sup>=5.142</b>		<b>p=0.076</b>			

**Tabla 36. Test de Chi cuadrado para la variable procedencia del informe sanitario.**

		Tipo de Institución			
		ONG	Orden religiosa	Otros	Total
Procedencia	CAI	26	51	23	100
	Centro de salud	17	21	3	41
	Otros	8	6	2	16
<b>Total</b>		51	78	28	157
<b>X<sup>2</sup>=8.650</b>		<b>p=0.070</b>			

**Tabla 37. Test de Chi cuadrado para la variable, existencia de antecedentes personales.**

		Tipo de Institución			Total
		ONG	Orden religiosa	Otros	
<b>Antecedentes personales</b>	Conocidos	3	13	3	19
	Desconocidos	24	36	17	77
<b>Total</b>		27	49	20	96
<b><math>\chi^2=2.973</math></b>					<b><math>p=0.226</math></b>

**Tabla 38. Test de Chi cuadrado para la variable existencia de antecedentes familiares.**

		Tipo de Institución			Total
		ONG	Orden religiosa	Otros	
<b>Antecedentes familiares</b>	Conocidos	2	4	0	6
	Desconocidos	23	45	19	87
<b>Total</b>		25	49	19	93
<b><math>\chi^2=1.648</math></b>					<b><math>p=0.439</math></b>

**Tabla 39. Test de Chi cuadrado para la variable hábitos de consumo.**

		Tipo de Institución			Total
		ONG	Orden religiosa	Otros	
<b>Hábitos</b>	Conocidos	3	1	5	9
	Desconocidos	14	21	16	51
<b>Total</b>		17	22	21	60
<b><math>\chi^2=3.258</math></b>					<b><math>p=0.196</math></b>

**Tabla 40. Test de Chi cuadrado para la variable existencia de alergias.**

		Tipo de Institución			Total
		ONG	Orden religiosa	Otros	
<b>Alergias</b>	Conocidas	1	1	0	2
	Desconocidas	17	21	20	58
<b>Total</b>		18	22	20	60
<b><math>\chi^2=1.066</math></b>					<b><math>p=0.587</math></b>

**Tabla 41. Test de Chi cuadrado para la variable vacunaciones previas.**

		Tipo de Institución			Total
		ONG	Orden religiosa	Otros	
Vacunaciones	Si	3	1	0	4
	No	16	22	18	56
<b>Total</b>		19	23	18	60
<b>X<sup>2</sup>=4.026</b>					<b>p=0.134</b>

**Tabla 42. Test de Chi cuadrado para la variable estado nutricional al ingreso.**

		Tipo de Institución			Total
		ONG	Orden religiosa	Otros	
Nutrición al ingreso	Bajo Peso	7	7	2	16
	Normal	18	29	15	62
	Sobrepeso	2	4	0	6
	Obeso	0	1	0	1
<b>Total</b>		27	41	17	85
<b>X<sup>2</sup>=4.66</b>					<b>p=0.588</b>

**Tabla 43. Test de Chi cuadrado para la variable datos de interés en la exploración al ingreso.**

		Tipo de Institución			Total
		ONG	Orden religiosa	Otros	
Datos de interés	No	10	5	4	19
	Si	14	31	9	54
<b>Total</b>		24	36	13	73
<b>X<sup>2</sup>=5.956</b>					<b>p=0.051</b>

A continuación se exponen las tablas resumen de la comparación, según tipo de centro, de los resultados de las pruebas complementarias realizadas en el momento de ingreso (Tablas 44-47); se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de las pruebas generales (hematimetría y bioquímica) entre los diferentes tipos de centros.

**Tabla 44. Test de Chi cuadrado para el resultado del hemograma.**

		Tipo de Institución			Total
		ONG	Orden religiosa	Otros	
Hemograma	Normal	33	44	24	101
	Patológico	6	6	2	14
<b>Total</b>		39	50	26	115
<b>X<sup>2</sup>=0.866</b>					<b>p=0.649</b>

**Tabla 45. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la VSG.**

		Tipo de Institución			Total
		ONG	Orden religiosa	Otros	
Velocidad de sedimentación globular	Normal	19	10	17	46
	Alterado	5	1	0	6
<b>Total</b>		24	11	17	52
<b>X<sup>2</sup>=4.313</b>					<b>p=0.116</b>

**Tabla 46. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la bioquímica.**

		Tipo de Institución			Total
		ONG	Orden religiosa	Otros	
Bioquímica en suero	Normal	26	35	25	86
	Patológica	9	12	1	22
<b>Total</b>		35	47	26	108
<b>X<sup>2</sup>=5.765</b>					<b>p=0.05</b>

**Tabla 47. Test de Chi cuadrado para la variable resultado del test de orina.**

		Tipo de Institución			Total
		ONG	Orden religiosa	Otros	
Orina	Normal	28	16	20	64
	Patológica	1	0	0	1
<b>Total</b>		29	16	20	65
<b>X<sup>2</sup>=1.261</b>					<b>p=0.532</b>

Las tablas que siguen a continuación, resumen la comparación de los resultados en cuanto a las pruebas microbiológicas realizadas al ingreso de los menores según tipo de centro (Tablas 48-57); se objetivan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los resultados de:

- La prueba del mantoux (Tabla 48), más frecuentemente positiva en los menores residentes en centros públicos.
- La serología al virus de la parotiditis, resultando negativa con más frecuencia en lo menores residentes en centros gestionados por ONGs.

**Tabla 48. Test de Chi cuadrado para la variable resultado del Mantoux.**

			Tipo de Institución			
			Orden			
			ONG	religiosa	Otros	Total
<b>Mantoux</b>	Negativo	Recuento	22	29	16	67
		F. esperada	20,8	27,2	19,0	67,0
	Positivo	Recuento	1	1	5	7
		F. esperada	2,2	2,8	2,0	7,0
<b>Total</b>	Recuento		23	30	21	74
	F. esperada		23,0	30,0	21,0	74,0
<b>X<sup>2</sup>= 7.065</b>						<b>p=0.029</b>

**Tabla 49. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la serología a sarampión.**

			Tipo de Institución			
			ONG	Orden religiosa	Total	
<b>Serología Sarampión</b>	Negativa		1	1	2	
	Positiva		2	14	16	
<b>Total</b>			3	15	18	
<b>X<sup>2</sup>=1.8</b>						<b>p=0.314 (Fisher)</b>

**Tabla 50. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la serología de parotiditis**

			Tipo de Institución		
			ONG	Orden religiosa	Total
Serología Parotiditis	Negativa	Recuento	4	2	6
		F.esperada	1,1	4,9	6,0
	Positiva	Recuento	0	16	16
		F.esperada	2,9	13,1	16,0
Total	Recuento	4	18	22	
	F.esperada	4,0	18,0	22,0	
<b>X<sup>2</sup>=13.04</b>					<b>p=0.002(Fisher)</b>

**Tabla 51. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la serología a rubeola.**

		Tipo de Institución			Total
		ONG	Orden religiosa	Otros	
Serología Rubeola	Negativa	5	4	1	10
	Positiva	10	22	10	42
Total		15	26	11	52
<b>X<sup>2</sup>=2.896</b>					<b>p=0.235</b>

**Tabla 52. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de otras serologías**

		Tipo de Institución			
		ONG	Orden religiosa	Total	
Otras serologías	Negativa	2	1	3	
	Positiva	2	0	2	
Total		4	1	5	
<b>X<sup>2</sup>=0.833</b>					<b>p=1.0 (Fisher)</b>

**Tabla 53. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la serología a VIH.**

		Tipo de Institución			Total
		ONG	Orden religiosa	Otros	
Serología VIH	Negativa	33	46	22	101
	Positiva	0	1	0	1
Total		33	47	22	102
$\chi^2=1.182$				<b>p=0.554</b>	

**Tabla 54. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la serología a hepatitis C.**

		Tipo de Institución			Total
		ONG	Orden religiosa	Otros	
Serología Hepatitis C	Negativa	31	46	22	99
	Positiva	1	0	0	1
Total		32	46	22	100
$\chi^2=2.146$				<b>p= 0.342</b>	

**Tabla 55. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la serología a hepatitis B.**

		Tipo de Institución			Total
		ONG	Orden religiosa	Otros	
Serología Hepatitis B	Negativa	31	38	23	92
	Positiva	3	8	0	11
Total		34	46	23	103
$\chi^2=5.045$				<b>p=0.080</b>	

**Tabla 56. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la serología de hepatitis A.**

		Tipo de Institución			Total
		ONG	Orden religiosa	Otros	
Serología Hepatitis A	Negativa	10	29	11	50
	Positiva	16	15	12	43
Total		26	44	23	93
$\chi^2=5.386$				<b>p=0.068</b>	

**Tabla 57. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la serología a Toxoplasma.**

		Tipo de Institución			Total
		ONG	Orden religiosa	Otros	
Serología Toxoplasma	Negativa	16	17	20	53
	Positiva	6	6	2	14
<b>Total</b>		22	23	22	67
<b>X<sup>2</sup>=2.771</b>					<b>p=0.250</b>

ÁNÁLISIS COMPARATIVO DELAS VARIABLES CONTENIDAS EN LOS INFORMES SANITARIOS AL INGRESO SEGÚN NACIONALIDAD DE LOS MENORES

En las tablas a continuación se resumen los datos obtenidos del análisis comparativo de las variables estudiadas según la nacionalidad de los menores.

El peso y la talla de los MENA al ingreso es significativamente mayor que la de los menores españoles (tabla 58).

**Tabla 58 Análisis comparativo (Mann-Withney) según la nacionalidad de los menores.**

Variables	Nacionalidad	n	Suma de rangos	Rango promedio	U Mann-Whitney	Z	p
Peso al ingreso	Española	44	1200.5	27.28			
	MENA	47	2985.5	63.52	210.5	-6.544	0.001
	Total	91	-	-	-	-	-
Talla al ingreso	Española	43	1066.5	24.80			
	MENA	47	3028.5	64.44	120.5	-7.191	0.001
	Total	90	-	-	-	-	-

No se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la existencia o no de informe sanitario pero si respecto a la procedencia de los mismos, en la mayor parte de los MENA procede del CAI siendo la procedencia en menores españoles más diversificada (tablas 59 y 60).

Tabla 59. Test de Chi cuadrado para la variable existencia de informe sanitario.

		Menores en acogida		Total
		Españoles	MENA	
Informe sanitario	No	74	68	142
	Si	79	81	160
Total		153	149	302
$\chi^2=0.226$				$p=0.635$

Tabla 60. Test de Chi cuadrado para la variable procedencia del informe sanitario.

		Menores en acogida		Total	
		Españoles	MENA		
Procedencia	CAI	Recuento	38	62	100
		Frecuencia esperada	49,0	51,0	100,0
	Centro de salud	Recuento	27	14	41
		Frecuencia esperada	20,1	20,9	41,0
	Otros	Recuento	12	4	16
		Frecuencia esperada	7,8	8,2	16,0
	Total	Recuento	77	80	157
		Frecuencia esperada	77,0	80,0	157,0
	$\chi^2=13.830$				$p=0.001$

En las tablas que siguen a continuación se resumen los datos obtenidos de la comparación de la información contenida en los informes, según la nacionalidad de los menores.

Respecto a los datos de la historia clínica y exploratorios existentes en los informes al ingreso (Tablas 61-67) se pueden apreciar diferencias estadísticamente significativas entre grupos respecto a la existencia de antecedentes personales y familiares conocidos, más frecuentes en los menores

españoles y el estado nutricional al ingreso, objetivándose en el grupo de los españoles un mayor número de menores con sobrepeso que entre los MENA.

**Tabla 61. Test de Chi cuadrado para la variable existencia de antecedentes personales.**

		Menores en acogida		Total
		Españoles	MENA	
<b>Antecedentes personales</b>	Conocidos	13	6	19
	Deconocidos	26	51	77
<b>Total</b>		39	57	96
<b>X<sup>2</sup>=7.588</b>				<b>p=0.006</b>

**Tabla 62. Test de Chi cuadrado para la variable existencia de antecedentes familiares.**

		Menores en acogida		Total
		Españoles	MENA	
<b>Antecedentes familiares</b>	Conocidos	5	1	6
	Desconocidos	32	55	87
<b>Total</b>		37	56	93
<b>X<sup>2</sup>=5.077</b>				<b>p=0.024</b>

**Tabla 63. Test de Chi cuadrado para la variable hábitos de consumo.**

		Menores en acogida		Total
		Españoles	MENA	
<b>Hábitos</b>	Conocidos	1	8	9
	Desconocidos	4	47	51
<b>Total</b>		5	55	60
<b>X<sup>2</sup>=0.107</b>				<b>p=0.744</b>

**Tabla 64. Test de Chi cuadrado para la variable existencia de alergias.**

		Menores en acogida		Total
		Españoles	MENA	
<b>Alergias</b>	Conocidas	1	1	2
	Desconocidas	5	53	58
<b>Total</b>		6	54	60
<b>X<sup>2</sup>=3.678</b>				<b>p=0.055</b>

Tabla 65. Test de Chi cuadrado para la variable vacunaciones previas.

		Menores en acogida		Total
		Españoles	MENA	
Vacunaciones previas	Si	2	2	4
	No	7	49	56
Total		9	51	60
$\chi^2=4.118$		$p=0.042$		

Tabla 66. Test de Chi cuadrado para la variable estado nutricional al ingreso.

		Menores en acogida		Total
		Españoles	MENA	
Bajo Peso	Recuento	5	11	16
	Frec. esperada	7,2	8,8	16,0
Normal	Recuento	26	36	62
	Frec. esperada	27,7	34,3	62,0
Sobrepeso	Recuento	6	0	6
	Frec. esperada	2,7	3,3	6,0
Obeso	Recuento	1	0	1
	Frec. esperada	0.4	0.6	1.0
Total	Recuento	38	47	85
	Frec. esperada	38,0	47,0	85,0
$\chi^2=10.02$				$p=0.018$

Tabla 67. Test de Chi cuadrado para la variable datos de interés en la exploración al ingreso.

		Menores en acogida		Total
		Españoles	MENA	
Datos de interés	No	7	12	19
	Si	28	26	54
Total		35	38	73
$\chi^2=1.296$				$p=0.260$

A continuación se resume el resultado obtenido de la comparación, según la nacionalidad de los menores, de los resultados de las pruebas complementarias realizadas en el momento de ingreso. Únicamente se observa la existencia de diferencias estadísticamente significativas en los resultados de la bioquímica general, encontrándose más frecuentemente alterada en los menores de nacionalidad española (Tabla 68-71).

**Tabla 68. Test de Chi cuadrado para la variable resultado del hemograma.**

		Menores en acogida		Total
		Españoles	MENA	
Hemograma	Normal	42	59	101
	Patológico	7	7	14
Total		49	66	115
$X^2=0.356$				<b>p=0.551</b>

**Tabla 69. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de VSG.**

			Menores en acogida		Total
			Españoles	MENA	
Velocidad de sedimentación globular	Normal	10	36	46	
	Alterado	1	5	6	
Total			11	41	52
$X^2=0.082$					<b>p=0.775</b>

**Tabla 70. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la bioquímica.**

			Menores en acogida		Total
			Españoles	MENA	
Bioquímica de sangre	Normal	Recuento	26	60	86
		Frecuencia esperada	35,0	51,0	86,0
	Patológica	Recuento	18	4	22
		Frecuencia esperada	9,0	13,0	22,0
Total		Recuento	44	64	108
		Frecuencia esperada	44,0	64,0	108,0
$X^2=19.309$					<b>p&lt;0.001</b>

**Tabla 71. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la analítica de orina según nacionalidad.**

		Menores en acogida		Total
		Españoles	MENA	
<b>Orina</b>	Normal	19	45	64
	Patológica	0	1	1
<b>Total</b>		19	46	65
<b>X<sup>2</sup>=0.419</b>				<b>p=0.517</b>

Las tablas que siguen a continuación resumen la comparación entre grupos de los resultados de las pruebas microbiológicas al ingreso. Se objetivan (Tablas 72-82) diferencias estadísticamente significativas en los resultados de la serología a hepatitis A, positiva en más de la mitad de los MENA y la serología a hepatitis B, más frecuentemente negativa en los MENA. Un resultado del Mantoux positivo es más frecuente en los MENA, con valores cercanos a la significación estadística (Tabla 72).

**Tabla 72. Test de Chi cuadrado para la variable resultado del Mantoux.**

		Menores en acogida		Total
		Españoles	MENA	
<b>Mantoux</b>	Negativo	21	46	67
	Positivo	0	7	7
<b>Total</b>		21	53	74
<b>X<sup>2</sup>=3.063</b>				<b>p=0.080</b>

**Tabla 73. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la serología a varicela.**

		Menores en acogida		Total
		Españoles	MENA	
<b>Serología Varicela</b>	Negativa	4	0	4
	Positiva	8	1	9
<b>Total</b>		12	1	13
<b>X<sup>2</sup>=0.481</b>				<b>p=0.488</b>

**Tabla 74. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la serología a sarampión.**

		Menores en acogida		Total
		Españoles	MENA	
Serología Sarampión	Negativa	2	0	2
	Positiva	15	1	16
Total		17	1	18
$X^2=0.132$				$p=0.889$ (Fisher)

**Tabla 75. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la serología a parotiditis.**

		Menores en acogida		Total
		Españoles	MENA	
Serología Parotiditis	Negativa	5	1	6
	Positiva	14	2	16
Total		19	3	22
$X^2=0.064$				$p=0.636$ (Fisher)

**Tabla 76. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la serología a rubeola.**

		Menores en acogida		Total
		Españoles	MENA	
Serología Rubeola	Negativa	5	5	10
	Positiva	15	27	42
Total		20	32	52
$X^2=0.696$				$p=0.404$

**Tabla 77. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de otras serologías.**

		Menores en acogida		Total
		Españoles	MENA	
Otras serologías	Negativa	3	0	3
	Positiva	0	2	2
Total		3	2	5
$X^2=5.0$				$p=0.10$ (Fisher)

Tabla 78. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la serología VIH.

		Menores en acogida		Total
		Españoles	MENA	
Serología VIH	Negativa	38	63	101
	Positiva	1	0	1
Total		39	63	102
$X^2=1.631$				<b>p=0.202</b>

Tabla 79. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la serología a hepatitis C.

		Menores en acogida		Total
		Españoles	MENA	
Serología Hepatitis C	Negativa	36	63	99
	Positiva	1	0	1
Total		37	63	100
$X^2=1.72$				<b>p=0.190</b>

Tabla 80. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la serología a hepatitis B.

		Menores en acogida		Total
		Españoles	MENA	
Serología VHB	Negativa	31	61	92
	Positiva	8	3	11
Total		39	64	103
$X^2=6.362$				<b>p=0.012</b>

Tabla 81. Test de Chi dcuadrado para el resultado de la serología a hepatitis A.

		Menores en acogida		Total
		Españoles	MENA	
Serología Hepatitis A	Negativa	27	23	50
	Positiva	3	40	43
Total		30	63	93
$X^2=23.393$				<b>p&lt;0.001</b>

**Tabla 82. Test de Chi cuadrado para el resultado de la serología a Toxoplasma.**

		Menores en acogida		Total
		Españoles	MENA	
Serología Toxoplasma	Negativa	10	43	53
	Positiva	1	13	14
<b>Total</b>		11	56	67
<b>X<sup>2</sup>=1.11</b>				<b>p=0.292</b>

ÁNÁLISIS COMPARATIVO DE LAS VARIABLES CONTENIDAS EN LOS INFORMES SANITARIOS AL INGRESO SEGÚN EDAD DE LOS MENORES

En las tablas que siguen a continuación se resumen los resultados obtenidos del análisis comparativo de las variables existentes en los informes sanitarios según la edad de los menores. Se observan que existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al peso y la talla atribuibles a las diferencias en la edad de los menores en cada grupo (Tabla 83-86).

**Tabla 83. Análisis comparativo (Kruskal-Wallis) entre el peso y la talla al ingreso según edad de los menores.**

Variable	Grupo etario	n	Rango promedio	gl	Kruskal-wallis (H)	p
<b>Peso al ingreso</b>	0 – 5 años	13	7.69	-	-	-
	6 – 12 años	19	27.11	-	-	-
	13 – 18 años	58	60	-	-	-
	Total	90	-	2	54.57	<0.001
<b>Talla al ingreso</b>	0 – 5 años	13	7.69	-	-	-
	6 – 12 años	19	25.42	-	-	-
	13 – 18 años	58	60.55	-	-	-
	Total	90	-	2	57.73	<0.001

**Tabla 84. Análisis comparativo (Mann-Whitney) entre el peso y la talla al ingreso entre los grupos de 0-5 y 6-12 años.**

Variable	Grupo etario	n	Suma de rangos	Rango promedio	Mann-Whitney	Z	p
<b>Peso al ingreso</b>	0-5 años	13	98.0	7.54	7.0	-4.47	<0.001
	6-12 años	19	430.0	22.63			
	Total	32	-	-	-	-	-
<b>Talla al ingreso</b>	0 – 5 años	13	98.0	7.54	7.0	-4.47	<0.001
	6 – 12 años	19	430.0	22.63			
	Total	32	-	-	-	-	-

**Tabla 85. Análisis comparativo (Mann-Whitney) entre el peso y la talla al ingreso entre los grupos de 0-5 y 12-13 años.**

Variable	Grupo etario	n	Suma de rangos	Rango promedio	Mann-Whitney	Z	p
<b>Peso al ingreso</b>	0-5 años	13	93.0	7.15			
	13-18 años	58	2463.0	42.47	2.0	-5.58	<0.001
	Total	71	-	-	-	-	-
<b>Talla al ingreso</b>	0 – 5 años	13	93.0	7.15			
	13 – 18 años	58	2463.0	42.47	2.0	-5.58	<0.001
	Total	71	-	-	-	-	-

**Tabla 86. Análisis comparativo (Mann-Whitney) entre el peso y la talla al ingreso entre los grupos de 6-12 y 12-13 años.**

Variable	Grupo etario	n	Suma de rangos	Rango promedio	Mann-Whitney	Z	p
<b>Peso al ingreso</b>	6-12 años	19	275.0	14.47			
	13-18 años	58	2728.0	47.03	85.0	-5.51	<0.001
	Total	77	-	-	-	-	-
<b>Talla al ingreso</b>	6-12 años	19	243.0	12.79	53.0	-5.89	<0.001
	13 – 18 años	58	2760.0	47.59			
	Total	77	-	-	-	-	-

No se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la existencia y/o procedencia de los informes sanitarios según el grupo etario (Tablas 87 y 88).

**Tabla 87. Test de Chi cuadrado para la variable existencia de informe sanitario.**

		Edad categoría			Total
		0-5 años	6-12 años	13-18 años	
Informe sanitario	No	7	26	109	142
	Si	15	28	117	160
<b>Total</b>		22	54	226	302
<b>X<sup>2</sup>=2.201</b>					<b>p=0.333</b>

**Tabla 88. Test de Chi cuadrado para la variable procedencia del informe sanitario.**

		Edad Categoría			Total
		0-5 años	6-12 años	13-18 años	
Procedencia	CAI	9	19	72	100
	Centro de salud	4	6	31	41
	Otros	2	2	12	16
<b>Total</b>		15	27	115	157
<b>X<sup>2</sup>=0.789</b>					<b>p=0.940</b>

No se encontraron diferencias entre grupos de edad en cuanto a los datos de clínicos y exploratorios recogidos en los informes sanitarios al ingreso (Tabla 89 – 95).

**Tabla 89. Test de Chi cuadrado para la variable existencia de antecedentes personales.**

		Edad Categoría			Total
		0-5 años	6-12 años	13-18 años	
Antecedentes personales	Conocidos	3	5	11	19
	Desconocidos	7	12	58	77
<b>Total</b>		10	17	69	96
<b>X<sup>2</sup>=2.292</b>					<b>p=0.318</b>

**Tabla 90. Test de Chi cuadrado para la variable existencia de antecedentes familiares.**

		Edad Categoría			Total
		0-5 años	6-12 años	13-18 años	
Antecedentes familiares	Conocidos	1	2	3	6
	Desconocidos	8	16	63	87
<b>Total</b>		9	18	66	93
<b>X<sup>2</sup>=1.369</b>					<b>p=0.504</b>

**Tabla 91. Test de Chi cuadrado para la variable hábitos de consumo.**

		Edad Categoría		Total
		6-12 años	13-18 años	
Hábitos	Conocidos	0	9	9
	Desconocidos	3	48	51
<b>Total</b>		3	57	60
<b>X<sup>2</sup>=0.557</b>				<b>p=0.609 (Fisher)</b>

**Tabla 92. Test de Chi cuadrado para la variable existencia de algún tipo de alergia.**

		Edad Categoría		Total
		6-12 años	13-18 años	
Alergias	Conocidas	0	2	2
	Desconocidas	3	55	58
<b>Total</b>		3	57	60
<b>X<sup>2</sup>=0.109</b>				<b>p=0.902 (Fisher)</b>

**Tabla 93. Test de Chi cuadrado para la variable vacunaciones previas.**

		Edad Categoría			Total
		0-5 años	6-12 años	13-18 años	
Vacunaciones	Si	0	0	4	4
	No	1	5	50	56
<b>Total</b>		1	5	54	60
<b>X<sup>2</sup>=0.476</b>					<b>p=NS</b>

**Tabla 94. Test de chi cuadrado para la variable estado nutricional al ingreso.**

		Edad Categoría			Total
		0-5 años	6-12 años	13-18 años	
<b>Estado nutricional</b>	Bajo Peso	3	2	11	16
	Normal	6	13	43	62
	Sobrepeso	0	3	3	6
	Obeso	0	1	0	1
<b>Total</b>		9	19	57	85
<b>X<sup>2</sup>=8.28</b>					<b>p=0.218</b>

**Tabla 95. Test de Chi cuadrado para la variable existencia de datos de interés en la exploración al ingreso.**

		Edad Categoría			Total
		0-5 años	6-12 años	13-18 años	
<b>Datos de interés</b>	No	3	2	14	19
	Si	7	12	35	54
<b>Total</b>		10	14	49	73
<b>X<sup>2</sup>=1.249</b>					<b>p=0.535</b>

A continuación se exponen las tablas resumen de la comparación entre grupos etarios de los resultados de las pruebas complementarias realizadas en el momento de ingreso; únicamente existen diferencias estadísticamente significativas en el resultado de la bioquímica, resultando patológica más frecuentemente en los menores de 0 a 5 años (Tabla 96 – 99).

**Tabla 96. Test de Chi cuadrado para la variable resultado del hemograma.**

		Grupos de edad			Total
		0-5 años	6-12 años	13-18 años	
<b>Hemograma</b>	Normal	7	15	79	101
	Patológico	3	1	10	14
<b>Total</b>		10	16	89	115
<b>X<sup>2</sup>=3.57</b>					<b>pNS</b>

Tabla 97. Test de chi cuadrado para la variable resultado de VSG.

		Grupos de edad			Total
		0-5 años	6-12 años	13-18 años	
Velocidad de sedimentación globular	Normal	1	2	43	46
	Alterado	0	0	6	6
Total		1	2	49	52
$X^2=0.415$					<b>p=0.813</b>

Tabla 98. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la bioquímica.

		Grupos de edad			Total
		0-5 años	6-12 años	13-18 años	
Bioquímica	Normal	2	8	76	86
	Patológica	7	7	8	22
Total		9	15	84	108
$X^2=26.083$					<b>p=0.001 (Fisher)</b>

Tabla 99. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la prueba de orina.

		Grupos de edad			Total
		0-5 años	6-12 años	13-18 años	
Orina	Normal	2	6	56	64
	Patológica	0	0	1	1
Total		2	6	57	65
$X^2=0.143$					<b>pNS</b>

En las tablas que siguen a continuación se resumen los resultados obtenidos de la comparación entre grupos de las variables microbiológicas estudiadas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los resultados de de la serología a hepatitis A, positiva más frecuentemente en los mayores de 13 años (Tablas 100 – 110). Los datos recogidos de la serología a Salmonella, Brucella y Lues no permiten comparaciones al ser el número de casos muy pequeño o constante en todos los grupos, motivo por el cual no quedan reflejadas en los resultados.

**Tabla 100. Test de Chi cuadrado para el resultado del Mantoux.**

		Grupos de edad			Total
		0-5 años	6-12 años	13-18 años	
<b>Mantoux</b>	Negativo	6	8	53	67
	Positivo	0	0	7	7
<b>Total</b>		6	8	60	74
<b>X<sup>2</sup>=1.804</b>					<b>pNS</b>

**Tabla 101. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la serología a Toxoplasma.**

		Edad Categoría			Total
		0-5 años	6-12 años	13-18 años	
<b>Serología Toxoplasma</b>	Negativa	4	3	46	53
	Positiva	0	0	14	14
<b>Total</b>		4	3	60	67
<b>X<sup>2</sup>=2.065</b>					<b>pNS</b>

**Tabla 102. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la serología a hepatitis A.**

		Grupo de edad			Total
		0-5 años	6-12 años	13-18 años	
<b>Serología Hepatitis A</b>	Negativa	8	10	32	50
	Positiva	2	1	40	43
<b>Total</b>		10	11	72	93
<b>X<sup>2</sup>=11.47</b>					<b>p=0.003 (Fisher)</b>

**Tabla 103. Test de chi cuadrado para la variable resultado de la serología a hepatitis B.**

		Grupo de edad			Total
		0-5 años	6-12 años	13-18 años	
<b>Serología Hepatitis B</b>	Negativa	8	11	73	92
	Positiva	2	3	6	11
<b>Total</b>		10	14	79	103
<b>X<sup>2</sup>=3.394</b>					<b>pNS</b>

**Tabla 104. Test de chi cuadrado para la variable resultado de la serología a hepatitis C.**

		Grupo de edad			Total
		0-5 años	6-12 años	13-18 años	
Serología Hepatitis C	Negativa	10	14	75	99
	Positiva	0	0	1	1
<b>Total</b>		10	14	76	100
<b>X<sup>2</sup>=0.319</b>					<b>pNS</b>

**Tabla 105. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la serología VIH.**

		Grupo de edad			Total
		0-5 años	6-12 años	13-18 años	
Serología VIH	Negativa	10	14	77	101
	Positiva	0	0	1	1
<b>Total</b>		10	14	78	102
<b>X<sup>2</sup>=0.311</b>					<b>pNS</b>

**Tabla 106. Test de chi cuadrado para la variable resultado de otras serologías.**

		Edad Categoría		Total	
		0-5 años	13-18 años		
Otras serologías	Negativa	1	2	3	
	Positiva	0	2	2	
<b>Total</b>		1	4	5	
<b>X<sup>2</sup>=0.833</b>					<b>pNS</b>

**Tabla 107. Test de chi cuadrado para la variable resultado de la serología de rubeola.**

		Grupo de edad			Total
		0-5 años	6-12 años	13-18 años	
Serología	Negativa	0	2	8	10
Rubeola	Positiva	3	8	31	42
<b>Total</b>		3	10	39	52
<b>X<sup>2</sup>=0.759</b>					<b>pNS</b>

**Tabla 108. Test de chi cuadrado para la variable resultado de la serología de parotiditis.**

		Edad Categoría			Total
		0-5 años	6-12 años	13-18 años	
Serología Parotiditis	Negativa	0	3	3	6
	Positiva	3	8	5	16
<b>Total</b>		3	11	8	22
<b>X<sup>2</sup> = 1.547</b>					<b>pNS</b>

**Tabla 109. Test de Chi cuadrado para la variable resultado de la serología de sarampión.**

		Grupo de edad			Total
		0-5 años	6-12 años	13-18 años	
Serología Sarampión	Negativa	0	1	1	2
	Positiva	3	8	5	16
<b>Total</b>		3	9	6	18
<b>X<sup>2</sup> = 0.563</b>					<b>pNS</b>

**Tabla 110. Test de chi cuadrado para la variable resultado de la serología a varicela.**

			Edad Categoría			Total
			0-5 años	6-12 años	13-18 años	
Serología Varicela	Negativa	Recuento	2	2	0	4
		Frecuencia esperada	,6	2,2	1,2	4,0
Serología Varicela	Positiva	Recuento	0	5	4	9
		Frecuencia esperada	1,4	4,8	2,8	9,0
<b>Total</b>		Recuento	2	7	4	13
		Frecuencia esperada	2,0	7,0	4,0	13,0
<b>X<sup>2</sup> = 5.012</b>					<b>p = 0.052 (Fisher)</b>	

REGRESIÓN LINEAL DE LAS VARIABLES CONTENIDAS EN LOS INFORMES SANITARIOS AL INGRESO UTILIZANDO COMO VARIABLE DEPENDIENTE EL TIEMPO DE ESTANCIA EN LA INSTITUCIÓN

En la tabla 111 se resumen los resultados obtenidos del análisis de la regresión lineal de las variables estudiadas tomando como variable dependiente el tiempo de estancia en la institución. Se observa que existe asociación entre el tiempo de estancia en la institución y la procedencia del informe sanitario, incrementándose 9.94 meses por cada incremento de categorización asignada a la procedencia del informe o lo que es lo mismo, los menores cuyos informes no proceden del CAI tienen estancias más prolongadas. En cuanto a los antecedentes vacunales se observa que, la estancia decrece en 12.27 meses por cada aumento de la categorización, con lo que los menores de los que se desconoce su estado vacunal previo son los que presentan estancias más cortas.

Para las pruebas analíticas se observa la existencia de regresión lineal para los resultados de hepatitis A, rubeola, parotiditis y VIH. Para las tres primeras la regresión es inversa por lo que, las estancias son más cortas para los menores con resultados positivos, en el caso del VIH existe una relación positiva, siendo así las estancias de estos menores más prolongadas.

**Tabla 111. Regresión lineal tomando como variable dependiente el tiempo de estancia.**

<b>VARIABLES</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>Cte (a)</b>	<b>b (EE)</b>	<b>t (p)</b>
<b>Procedencia del informe sanitario</b>	0.348	0.121	2.23	9.94 (5.69 a 14.19)	4.62 (<0.01)
<b>Antecedentes personales</b>	0.115	0.013	21.23	-4.49 (-12.39 a 3.41)	-1.13 (0.263)
<b>Antecedentes familiares</b>	0.113	0.013	21.94	-5.11 (-14.48 a 4.26)	-1.08 (0.28)
<b>Hábitos</b>	0.177	0.031	2.11	4.44 (-10.11 a 14.33)	1.37 (0.176)
<b>Alergias</b>	0.08	0.001	18.59	-4.09 (-7.72 a 44.88)	-0.61 (0.542)
<b>Vacunaciones</b>	0.331	0.11	34.52	-12.27 (-21.45 a -3.08)	-2.68 (0.01)
<b>Peso al ingreso</b>	0.117	0.014	16.02	-0.09 (-0.25 a 0.07)	-1.11 (0.27)

<b>Talla al ingreso</b>	0.083	0.007	17.58	-0.04 (-0.13 a 0.06)	-0.78 (0.437)
<b>Datos de interés en la exploración</b>	0.21	0.042	8.95	7.44 (-9.94 a 15.82)	1.77 (0.081)
<b>Hemograma</b>	0.092	0.009	9.53	4.99 (-5.05 a 15.02)	0.98 (0.327)
<b>VSG</b>	0.076	0.006	8.74	3.63 (-9.9 a 17.2)	0.54 (0.593)
<b>Bioquímica</b>	0.018	pNS	14.84	-0.79 (-8.98 a 7.41)	-0.19 (0.850)
<b>Orina</b>	0.025	0.001	9.47	3.27 (-29.1 a 35.64)	0.202 (0.841)
<b>Mantoux</b>	0.063	0.004	10.95	-2.38 (-11.3 a 6.53)	-0.53 (0.596)
<b>Toxoplasma</b>	0.212	0.05	8.64	4.5 (-0.63 a 9.63)	1.75 (0.084)
<b>Hepatitis A</b>	0.273	0.07	16.68	-8.6 (-15.06 a -2.29)	-2.70(0.008)
<b>Hepatitis B</b>	0.041	0.002	14.78	-2.24 (11.24 a 18.32)	-0.41 (0.683)
<b>Hepatitis C</b>	0.03	0.001	13.51	-4.52 (-35.01 a 25.98)	-0.29 (0.77)
<b>VIH</b>	0.27	0.07	14.01	45.99 (13.60 a 78.38)	2.82 (0.006)
<b>Otras serologías</b>	0.423	0.179	26.0	-24.0 (-118.5 a 70.53)	-0.81 (0.478)
<b>Rubeola</b>	0.43	0.19	26.2	-16.82 (-26.73 a -6.91)	-3.41 (0.001)
<b>Parotiditis</b>	0.79	0.62	31.83	-20.39 (-27.82 a -12.97)	-5.73 (<0.01)
<b>Sarampión</b>	0.42	0.17	30.0	-15.13 (-32.71 a 2.46)	-1.82 (0.087)
<b>Varicela</b>	0.24	0.06	9.5	4.39 (-7.57 a 16.35)	0.81 (0.436)
<b>Edad ósea</b>	0.122	0.015	13.55	-0.39 (1.43 a 0.64)	-0.77 (0.448)

### 5.1.2 DISCUSIÓN

La existencia de informe sanitario al ingreso de los menores en los centros es deficitaria, únicamente pudo constatar su existencia en poco más de la mitad de los expedientes, sin observarse diferencias significativas entre centros, según la nacionalidad de los menores o por la edad. A este respecto, en el momento de la entrevista, el personal de los centros al ser preguntados por este hecho argumentaban, en la mayoría de las ocasiones, que a pesar de que se había realizado la revisión médica no había sido emitido ningún informe, dato que no puedo ser constatado por nuestro grupo. En el caso de los MENA se aprecian diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la procedencia de dichos informes, que en la mayoría de los casos proceden de los CAI, medida de protección inicial para este grupo cuando se demuestra su minoría de edad.

Respecto a los datos contenidos en los informes revisados destacar, el gran número de casos perdidos por falta de información, entre el 38% y el 60% en algunos casos, lo que condiciona importantes pérdidas de información y da una idea del tipo de examen de salud inicial realizado al menor.

Puede observarse serias dificultades en la obtención de datos de salud previos de los menores, siendo los antecedentes personales y familiares desconocidos en más del 80% de los casos, resultando este grupo significativamente mayor en el caso de los MENA. La existencia de registro vacunal previo consta en menos del 5% de la muestra, siendo significativamente mayor en los MENA, estas cifras superan los hallazgos de publicaciones previas oscilando entre el 25 y el 67% según las series<sup>1-4</sup>.

Un hallazgo destacado, es la referencia del consumo de sustancias al ingreso de los menores, en torno al 15%, cifra que contrasta con el consumo de drogas constatado en el momento de nuestro trabajo de campo que asciende al 44.4%, similar al publicado en otras series como ya se apuntó anteriormente.

En cuanto a los datos exploratorios al ingreso, atendiendo al estado nutricional de los menores, destacar que el 19% de los mismos presentaban bajo peso y un 8% sobrepeso u obesidad, resultando significativamente menores las cifras de sobrepeso en el grupo de MENA. A este respecto, los resultados de estudios realizados en este sector poblacional a nivel nacional oscilan entre 8-21% y el 6-15% respectivamente<sup>3</sup>. Publicaciones más recientes realizadas en población de norteamérica, observan cifras de sobrepeso y obesidad superiores, argumentado su posible relación con los malos hábitos higiénicos sanitarios de las familias de procedencias de los menores<sup>5,6</sup>.

En cuanto al resto de hallazgos exploratorios, detectaron anomalías de cualquier tipo en el 23% de los menores. Una de las limitaciones de nuestro estudio se basa en que los datos son recogidos de los informes que constaban en los expedientes, en los cuales, al ser de diferentes profesionales y seguir diferente metodología, no siempre pudimos hallar una información detallada de la exploración de los niños. Aquellos en los que esta información pudo obtenerse referían principalmente problemas dentarios y dermatológicos, siendo estos datos compatibles con los publicados en otras series<sup>1-3,5</sup>. Es necesario destacar

que, en el modelo de examen de salud propuesto por la delegación, que es el que sigue la mayoría de los informes revisados, no se hace referencia expresa a la realización de pruebas auditivas, oftalmológicas o de neurodesarrollo, siendo muy frecuente encontrar anomalías en estas facetas de la salud. Por ello, las publicaciones existentes en cuanto a recomendaciones de estudios sanitarios en estos menores, especifican la necesidad de la realización de un cribado básico que incluya pruebas específicas en esta línea<sup>3,7,8</sup>. De este modo, podríamos asumir un infradiagnóstico de estas patologías en nuestra muestra y además podría justificar, la alta prevalencia de alteraciones a nivel ORL detectada en nuestra exploración, como se verá posteriormente.

En cuanto a los estudios analíticos realizados, en primer lugar, y para una adecuada valoración de los resultados, destacar la gran pérdida de datos detectada que llega a ser del 93.6% de los casos en el caso de la serología a *S. tippy*, siendo la prueba más realizada el hemograma, presente en el 73.2% de los informes, de lo que se deduce, que en algunos casos la única información sanitaria disponible al ingreso es un hemograma, ya que las pérdidas detectadas en la historia clínica son mayores, como apuntábamos anteriormente.

En los resultados obtenidos en las pruebas generales (hemograma, bioquímica, VSG, bioquímica de orina), se aprecia que en más del 84% de los casos las cifras entran dentro de límites normales, siendo los hallazgos bioquímicos los que ofrecen mayor número de alteraciones, con diferencias significativas entre los distintos grupos de edad en concreto son más frecuentes estos hallazgos más frecuentes en menores de 5 años y en los niños españoles. La alteración bioquímica más frecuente fue la ferropenia.

En cuanto al mantoux y las pruebas serológicas, la hepatitis A resultó ser la enfermedad infecciosa con mayor número de seropositivos en nuestra muestra, 46.2%, seguida de la toxoplasmosis 20.9%, detectándose un Mantoux positivo en el 9% de los menores y un único caso de coinfección VIH y hepatitis C. Se

observaron diferencias entre grupos, siendo más prevalente la positividad del mantoux en los centros públicos (donde únicamente se atienden MENA) y una mayor tasa de seropositividad para hepatitis A en el grupo de los MENA y en los menores mayores de 13 años. Estos datos son equiparables a los obtenidos en otros estudios realizados en menores no acompañados en nuestro medio <sup>2,4</sup>. Dicha circunstancia se debe probablemente a la mayor prevalencia de ambas enfermedades en los países de origen de los menores, siendo Marruecos el país de procedencia más frecuente en nuestra serie <sup>9,10</sup>.

En relación al estudio realizado con las tasas de anticuerpos postvacunales (hepatitis B, parotiditis, rubeola y sarampión), asumiendo el gran número de pérdidas referidas anteriormente por la falta de constancia de su realización e inclusión en los informes, encontramos cifras de seropositividad por encima del 60% y hasta el 88% en el caso del sarampión, siendo las cifras de positividad para la hepatitis B mucho menores, 10.7%, significativamente inferiores en los MENA. Estos datos reflejan, que a pesar de la imposibilidad de constatar mediante un registro adecuado los antecedentes vacunales de los menores las tasas de vacunación superan el 60%, asemejándose a las publicaciones existentes a este respecto <sup>1,4,11</sup>, excepto en las cifras de positividad obtenidas para la hepatitis B en nuestra serie, que fueron significativamente menores.

Con todo esto, llama la atención, además de la escasa información disponible de los menores a su ingreso en los centros, la falta de individualización de los protocolos sanitarios, ya que, según los datos obtenidos, en el caso de los MENA no se han seguido los protocolos sanitarios habituales de detección precoz de patología en inmigrantes con estancias menores de un año en el país de acogida. Debe considerarse que las cifras de patología infectocontagiosa son elevadas y las necesidades sanitarias de este colectivo muy específicas <sup>12-15</sup>, con el condicionante añadido de la posterior convivencia de estos menores en los centros de acogida, que condiciona tasas de contagio superiores que a de la población general.

En cuanto a la asociación entre las variables estudiadas y el tiempo de estancia en la institución, se observa que la falta de calendario vacunal así como la seropositividad a al virus de la hepatitis A condiciona estancias más cortas, en relación con las estancias más breves de los MENA, como se verá posteriormente. El dato más significativo respecto a la asociación del informe sanitario al ingreso con el tiempo, es el hallazgo de estancias más prolongadas en aquellos menores cuyos informes no proceden del CAI, que, como se apuntaba en el bloque 2 de este mismo capítulo, podría estar en relación con menores con mayores necesidades sanitarias.

### 5.1.3 BIBLIOGRAFÍA

- [1] Nathanson D, Tzioumi D. Health needs of Australian children living in out-of-home care. *Paediatrics and Child Health* 43, 695-699. 2007.
- [2] Olivan Gonzalvo G. Menores extranjeros en el sistema de protección de la Comunidad de Aragón (España). *An Pediatría* 60[1], 35-41. 2004.
- [3] Olivan Gonzalvo G. Niños y adolescentes en acogimiento transitorio: problemas de salud y directrices para su cuidado. *An Pediatría* 58[2], 128-135. 2003.
- [4] Prada FA, Bocija MC, Regadera M, Sánchez A. La condición de inmigrantes 1ª, 2ª y 3ª generación. In: Ministerio de Sanidad y Consumo, editor. *Informe Salud Infancia Adolescencia y Sociedad*. 2007: 113-121.
- [5] Steele JS, Buchi KF. Medical and Mental Health of Children Entering the Utah Care System. *Pediatrics* 122[3], 703-709. 2008.
- [6] Martín Martín V, Loredó Abdala A. Estado de nutrición en niños víctimas de abuso físico y de abuso sexual. *Revista de investigación clínica* 62[6], 524-531. 2010.
- [7] American Academy of Pediatrics. Committee on Early Childhood AaDC. Health care of young children in foster care. *Pediatrics* 109, 536-541. 2002.
- [8] Grupo de trabajo nyrbdInecdar. Necesidades y respuestas biopsicosociales de los niños atendidos en centros de acogimiento residencial. Texto borrador. 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- [9] Artieda Arandía J, de Castro Laiz V, García Calabuig MA, Saracho Echevarría I, Sáez López I. *Hepatitis A*. Vitoria: 2007.
- [10] Organización Mundial de la Salud. Control mundial de la tuberculosis. Informe OMS 2009. [www.who.int](http://www.who.int) 2009
- [11] Cilleruelo Ortega MJ, de Ory F, Ruiz Contreras J, González González R, Mellado MJ, García Hortelano M, et al. International adopted children: what vaccines should they receive? *Vaccine* 26, 5784-5790. 2008.
- [12] Morell JJ. Protocolo de atención a los niños de familias inmigrantes. *An Pediatr Contin* 2[3], 181-186. 2004.
- [13] Lopez Velez R, Huerga H, Turrientes MC. Infectious diseases in immigrants from the perspective of a tropical medicine referral unit. *Am J Trop Med* 69, 115-121. 2003.

- [14] García Galan R. Manual de atención al inmigrante. 2007.
- [15] Masvidal Aliberch RM, Sau Giralt I. Atención al niño inmigrante y a los hijos de inmigrantes. In: Exlibris, editor. AePAP Curso de Actualización en Pediatría. Madrid: 2004: 251-258.

## 5.2 PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES ENCONTRADOS.

El presente trabajo ha sido aceptado para su publicación como artículo original en la revista *Acta Pediátrica*.

**Título:** PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN LOS MENORES EN CENTROS DE ACOGIDA DE LARGA ESTANCIA.

**Título abreviado:** PROBLEMAS DE SALUD DE MENORES EN CENTROS DE ACOGIDA.

Autores: Mercedes Rivera Cuello, José Uberos Fernández, Antonio Muñoz Hoyos.

Centro de trabajo: Grupo de investigación subnormalidad y desarrollo. Departamento de pediatría. Universidad de Granada.

Contacto: Mercedes Rivera Cuello. ronijerez@hotmail.com/669570885.

### 5.2.1 RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La población infantil sujeta a medidas de protección es una población vulnerable, no solo desde el punto de vista social si no también sanitario. La principal limitación detectada en la literatura reciente revisada es la escasez de estudios que evalúen la situación sanitaria de los menores durante su estancia en el sistema de protección. Nos proponemos analizar el estado de salud de una población en programa residencial básico, atendiendo a las diferencias entre grupos etarios y el análisis de la asociación de diferentes variables con el tiempo de institucionalización.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se diseña un estudio transversal realizándose 2 visitas a los 26 centros de la provincia de Granada, en la primera se revisan los expedientes de los menores y en la segunda se procede a la valoración clínica de los mismos. En cuanto al estudio estadístico se agrupa la muestra en 3 grupos de edad (0-5, 6-12 y 13-18 años) y utilizando los test de Chi-cuadrado, de Kruskal-

wallis, de Mann-Whitney se realiza el análisis comparativo y la inferencia estadística.

**RESULTADOS:** Se revisan un total de 294 menores. La prevalencia de desnutrición global es del 4%, más frecuente en el grupo de 0-5 años y de sobrepeso del 18%, más frecuente en el de 6-12 años. Las alteraciones más frecuentemente detectadas son las ORL (63.9%), dermatológicas (34.9%) más prevalentes en los menores de 12 años y las conductuales (28.1%) más frecuentes en los mayores de 6 años. El seguimiento en consultas especializadas fue del 40%. En cuanto al tiempo de estancia en la institución se observaron mayores estancias en los menores con diagnóstico psicopatológico y con mayor número de seguimientos en consulta.

**DISCUSIÓN:** El estado de salud de los menores institucionalizados se podría considerar en líneas generales adecuado. Según la literatura revisada, basada en los estudios de salud de los menores a su entrada en el sistema de protección, no existen diferencias significativas con otras series, a excepción de la alta patología ORL encontrada, con lo que podría pensarse que dicha diferencia es debida a la institucionalización. Destacar la vulnerabilidad del grupo de 6-12 años que agrupa mayor número de necesidades sanitarias.

**Palabras clave:** Menor institucionalizado, centros de acogida, estado de salud.

### **Health problem of children in residential care.**

**INTRODUCTION:** Children under protection measures constitute a vulnerable population from both social and health standpoints. The main limitation detected in a review of the recent literature is the scarcity of studies on the health status of minors during their stay in the protection system. We proposed to study the health status of a population in a basic residential care program, investigating differences among age groups and analyzing the association of different variables with time of institutionalization.

**METHODS:** A cross-sectional study was designed that involved two visits to the centres: the first to review the records of the minors and the second to carry out physical examinations. For the statistical study, the sample was divided into three age groups (0-5, 6-12 and 13-18 yrs) and the chi-square, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney tests were used for comparative analyses and statistical significances.

**RESULTS:** We revised 294 children. Prevalence of global malnutrition was 8%, highest in the 0-5-yr group; prevalence of overweight was 18%, highest in the 6-12-yr group. The most frequent disorders were: ENT (63.9%); dermatological (34.9%), most prevalent in children < 12 yrs; and behavioural (28.1%), most prevalent in children >6 yrs old; 40% were under specialist follow-up. Longer stays in the institution were associated with a psychopathological diagnosis and higher frequency of specialist follow-up.

**CONCLUSIONS:** The health status of the institutionalized minors can be considered adequate in general terms. Based on the health studies in the reviewed literature on minors at their entry into the protection system, no significant differences were found with other series, with the exception of the high prevalence of ENT found, suggesting that this difference is attributable to the institutionalisation. We highlight the vulnerability of the 6-12-yr age group, which contained the largest number of healthcare needs.

Key words: Foster care, health status, child welfare.

### **5.2.2 INTRODUCCIÓN**

Según los últimos datos publicados por el observatorio de la infancia el número de menores en el sistema de protección en nuestro país asciende a 45.432<sup>1</sup>. En cuanto a las medidas de protección adoptadas se continúa observando un predominio del acogimiento residencial en cualquiera de sus formas: residencias, mini residencias, hogares funcionales o pisos tutelados. Este dibujo de la situación de los menores en el sistema de protección está sujeto aun

profundo cambio desde 2008 con la creación de una comisión especial del senado para estudiar la problemática de la adopción nacional y sus temas afines que en sus recomendaciones sienta las bases sobre las que se fundamentará la nueva legislación en esta materia, los cambios más destacados son: primacía del acogimiento familiar frente al residencial, fijación de plazos máximos para el acogimiento residencial, suprimir el acogimiento residencial para los menores de 6 años y especialización de los distintos supuestos que dan lugar a la institucionalización.<sup>2</sup>

La población infantil sujeta a medidas de protección es una población vulnerable, no sólo desde el punto de vista social sino también sanitario. Son muchos los estudios que objetivan la existencia de una mayor prevalencia de patología crónica tanto física como mental que requieren una especial atención sanitaria, en este contexto deben asumirse las diferencias existentes en cuanto a problemática social, medidas de protección a la infancia y necesidades en salud a nivel internacional para un adecuado acercamiento a la materia.<sup>3,4,4-6</sup>

La principal limitación detectada en la literatura reciente revisada es la escasez de estudios que evalúen la situación sanitaria y los problemas prevalentes de los menores durante su estancia en el sistema de protección, ya que, en la mayoría de las ocasiones, sólo se realiza una valoración sanitaria y social en el momento del acogimiento.

Bajo la hipótesis de la existencia de necesidades sanitarias específicas en los menores institucionalizados, nos proponemos analizar el estado de salud y la patología más prevalente de una población en programa residencial básico, entendiendo como tal aquel en el que entran los menores cuando se decide el acogimiento residencial como medida de protección<sup>7</sup>. Dicho análisis se verificará en términos físicos, psíquicos y asistenciales atendiendo a las posibles diferencias existentes según la edad de los menores así como a la asociación entre dichos parámetros con el tiempo de estancia en la institución.

### 5.2.3 MATERIAL Y MÉTODOS

En concordancia con los acuerdos de Helsinsky y ateniéndonos al Artículo 69 del decreto 355/2003 de 16 de Diciembre que legisla sobre prácticas académicas o profesionales y/o estudios de investigación en centros de protección, realizamos la petición de los permisos pertinentes a las autoridades competentes<sup>7</sup>.

En el proyecto fueron incluidas 2 visitas a los centros, en la primera se revisan los expedientes de los menores y en la segunda se procede a la exploración física de los mismos.

Se visitaron los 26 centros con programa residencial básico de la provincia de Granada realizándose el trabajo de campo entre Diciembre de 2006 y Marzo de 2007. En una primera valoración se procedió a la revisión de los expedientes de los menores para la obtención de los datos demográficos, así como, la existencia de patología crónica previa o alteraciones del comportamiento, la revisión se llevó junto con una entrevista con el personal del centro. En la segunda visita se habilitó en cada centro un lugar adecuado para la realización de la exploración física de cada menor recogiendo en cada exploración las variables detalladas en la tabla 1.

Para el cálculo de la estancia en la institución se calculó la diferencia en meses entre la fecha de ingreso en el centro y la de la realización de la exploración. Para la categorización del estado nutricional, se utilizaron, para definir sobrepeso y obesidad, los puntos de corte publicados por Cole et al<sup>8</sup> y para el bajo peso, las tablas de percentiles de la fundación Obergozo<sup>9</sup>.

Para el análisis estadístico de los datos (SPSS) fueron aplicados los siguientes procedimientos: 1) Un análisis descriptivo de cada una de las variables y en cada uno de los grupos de edad (Tabla 1). 2) Un estudio de inferencia estadística con la aplicación de los test de Kruskal-Wallis y Mann-Whitney para las variables continuas y el test de Chi cuadrado para las variables que siguen una distribución

binomial. Finalmente fueron empleados técnicas de correlación y regresión lineal considerando como variable dependiente el tiempo de estancia en la institución.

#### **5.2.4 RESULTADOS**

En el periodo que duró el estudio el 100% de las plazas de los centros estaban ocupadas con lo que la muestra resultante fue de 294 menores. Las pérdidas observadas, entre 3%-10% según la variable (Tabla 1), se deben a 3 factores, en el caso de las variables exploratorias a la ausencia del menor el día que se programó la visita en el centro o a exploraciones catalogadas como nulas por ausencia de colaboración y en el caso de las variables de la historia clínica por ausencia de dicha información en los expedientes revisados.

Se observa un predominio de varones del 75.9% y una edad media de 13.6 años. La prevalencia de Menores Extranjeros no Acompañados (MENA) en nuestra serie fue del 43.5%, la práctica totalidad de los mismos mayores de 13 años, siendo el 94.1% de origen marroquí.

En cuanto al estado nutricional de los menores destaca una prevalencia de sobrepeso del 18.8%, de los cuales un 26% se encuentran en rango de obesidad, y una prevalencia de bajo peso inferior al 4%. Existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos etarios observándose que el grupo de 6-12 años agrupa mayor número de menores con sobrepeso y el de 0-5 años mayores niveles de desnutrición, hasta el 11.1%.

En cuanto al resto de la exploración prevalecen las alteraciones a nivel otorrinolaringológico (ORL) las cuales están presentes en el 63.9% de los menores estudiados, seguidas de las dermatológicas, 34.9%. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre grupos en ambos casos, siendo las más frecuentes en los menores de 12 años. El resto de alteraciones objetivadas en la exploración tienen una prevalencia inferior al 10% exceptuando la presencia de diagnóstico psicopatológico que alcanza valores del 13.1%. No

existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos excepto para las anomalías neurológicas que a pesar de suponer una prevalencia del 2.1% del total de la muestra son significativamente mayores en los menores de 12 años. Se evaluó la existencia de distocias sociales objetivándose la presencia de las mismas en un 28.1% de los menores, siendo más frecuentes en los mayores de 6 años.

Se analizaron más pormenorizadamente los datos de las exploraciones otorrinolaringológicas (Tabla 2) y dermatológicas (Tabla 3) respectivamente. En la exploración ORL destaca como hallazgo principal la existencia de un tímpano deslustrado u opaco hasta en el 68% de los casos sin otra sintomatología acompañante. Destacar el hallazgo de cuerpo extraño en CAE en 3 de los menores (2.5%) los cuales fueron derivados al servicio de urgencias ante la imposibilidad de su extracción en el centro, los casos de patología aguda (OMA, 3.6% y IRA, 1.7%) fueron más prevalentes en el grupo de 0-5 años, se encontraban en tratamiento en el momento de la exploración. En cuanto a la exploración dermatológica destaca el hallazgo de cicatrices compatibles con violencia (49.5%) consistentes en su mayoría en quemaduras y cortes transversales paralelos en la región interna del antebrazo, siendo más frecuentes en el grupo de 13-18 años. Los menores por debajo de 12 años presentan mayor número de eccemas atópicos así como lesiones dermatológicas diversas: lesiones antiguas de varicela e impétigo, falta de hidratación, estrías y cicatrices no compatibles con violencia etc.. Destacar el hallazgo de 2 procesos infecciosos agudos uno de los cuales se derivó al servicio de urgencias por tratarse de un forúnculo abcesificado que precisó drenaje quirúrgico.

En cuanto al seguimiento en consultas especializadas se aprecia que hasta un 39.7% de los menores se encuentran en seguimiento en alguna consulta siendo el tratamiento odontológico el más frecuente (57%) de estos, hasta el 66.2%, se encontraban además en seguimiento en alguna otra de las consultas enumeradas, a este respecto existen diferencias entre grupos de edad. Los

menores de 6-12 años son los que más seguimiento sanitario precisan seguidos de los de 13-18 años siendo el grupo menos demandante el de 0-5 años.

Por último, en cuanto al tiempo de estancia en la institución de los menores la media es de 14 meses (0-120 meses) observándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos etarios, siendo el grupo de 6-12 años el que presenta estancias más prolongadas. Los datos de la regresión lineal entre el tiempo de estancia en la institución y las variables estudiadas muestran una asociación significativa para tres de las mismas. La condición de MENA se asocia con estancias hasta 6.7 meses más cortas que la de los menores españoles ( $p=0.001$ ). En cuanto a la presencia de dolencias de carácter crónico, el diagnóstico de psicopatología se asocia a estancias 2.7 meses mayores ( $p=0.007$ ). Para el seguimiento en consultas especializadas existe un incremento lineal de 7.3 meses de la estancia, llegando a ser 58.3 meses más prolongada la estancia de los menores en seguimiento por odontología y otra consulta que la de los menores que no precisan ningún seguimiento ( $p=0.01$ ).

### **5.2.5 DISCUSIÓN**

Los datos sociodemográficos obtenidos responden al modelo de cambio que el acogimiento residencial está experimentando en las últimas décadas en nuestro país, caracterizado principalmente por un aumento progresivo de la edad de los menores atendidos así como por estancias más cortas de los mismos y condicionado por el progresivo aumento de las tasas de MENA como parte del fenómeno migratorio social que vive nuestra sociedad <sup>10,11</sup>. En este sentido, la media de edad encontrada en nuestra serie fue de 13.6 años, y la prevalencia de MENA del 43.5% valores muy superiores a los publicados en otras series en nuestro medio. <sup>12-14</sup>.

En cuanto al estado nutricional se aprecia una prevalencia de bajo peso global inferior al 4%, destacando que son los menores de 0-5 años los que presentan

cifras más elevadas, 11.1%. En cambio, la prevalencia de sobrepeso y obesidad es mayor, del 13.9% y 4.9% respectivamente, siendo la franja de 6-12 años la que presenta cifras de obesidad superiores, 10.7%. Los datos publicados sobre obesidad infantil en la población general a nivel nacional y autonómico, si bien objetivan diferencias entre grupos equiparables a las de nuestra serie, refieren cifras de sobrepeso y obesidad superiores del 26.1% y 19.1% respectivamente<sup>15,16</sup>. Los estudios recientes publicados en población infantil de similares características a nivel nacional e internacional arrojan resultados equiparables en cuanto a la prevalencia y a las diferencias nutricionales observadas entre grupos para los datos de desnutrición, no así en cuanto a la prevalencia de sobrepeso, con resultados algo superiores incluso con valores más altos que los de la población infantil general en algunas publicaciones y observando una mayor prevalencia en el grupo de adolescentes de 13-18 años.<sup>6,17,18</sup>

Las alteraciones detectadas en la exploración física (Tabla 1) se concentran principalmente en alteraciones otorrinolaringológicas 63.9% y dermatológicas 34.9% respectivamente, siendo los hallazgos más frecuentes la existencia de un tímpano deslustrado así como la presencia de cicatrices compatibles con violencia, observándose diferencias entre grupos etarios. En cuanto a la exploración ORL destacar que en el grupo de 0-5 años es más frecuente la patología aguda y en el caso de la exploración dermatológica, los menores de 12 años presentan mayor prevalencia de atopia así como de otro tipo de patologías especificadas en el apartado anterior. Comparando estos datos con los existentes en la literatura y asumiendo las diferencias metodológicas comentadas, se aprecia que la prevalencia de alteraciones dermatológicas, las características de las mismas y las diferencias entre grupos son equiparables a las de otros estudios. En cambio, en la exploración ORL, destaca el elevado número de hallazgos patológicos respecto a estudios previos que detectan alteraciones ORL en el momento del acogimiento de los menores en el 7-28% de los casos según las series<sup>5,6,12</sup>. En este sentido, aunque no se han realizado otras exploraciones

ORL, como hemos descrito con anterioridad en otros trabajos, el diagnóstico más frecuente es la otitis media serosa.

La presencia de alteraciones psicopatológicas en menores en sistema de protección es muy elevada según todos los estudios analizados, se han descrito cifras de hasta el 80% si asumimos dentro de este grupo alteraciones del comportamiento o distocias sociales que han requerido cualquier tipo de intervención <sup>5,6,19</sup>. La presencia de diagnóstico psicopatológico en nuestra muestra fue del 13.1%, en este grupo no se incluyen alteraciones del comportamiento o distocias sociales detectadas por el personal del centro que están presentes en el 28.1% de los menores, siendo más frecuentes a partir de los 6 años, por tanto en nuestra serie la existencia de menores afectados de cualquier tipo de psicopatología o alteración del comportamiento supone un 41.2% del total. En un estudio realizado en Extremadura se observó que el 22% de los menores en centros de acogida se encontraban en tratamiento psicoterápico, cifra que ascendía al 37.5% si se incluían aquellos menores que presentaban conductas disruptivas. Durante el estudio se detectaron un elevado número de trastornos internalizantes (ansiedad, depresión...) que no habían sido diagnosticados previamente, poniendo de manifiesto el infradiagnóstico de este tipo de procesos, la cifra de menores que podrían estar necesitando atención terapéutica, según los autores, era del 66% <sup>20</sup>.

En cuanto al seguimiento de los menores en consultas especializadas por presencia de patologías crónicas se aprecia que 2 de cada 5 menores (40%) precisan algún tipo de seguimiento, siendo la demanda más frecuente la odontológica junto con las unidades de salud mental y el grupo más demandante el de 6-12 años. En un estudio realizado en Estados Unidos en el 2006 <sup>21</sup> sobre la presencia de patología crónica en menores en el sistema de protección, se observó que hasta el 40% presentaban algún tipo de patología

crónica física, siendo la más frecuente la patología respiratoria (32.8%). La prevalencia de patología mental fue de un 52% .

Por último en cuanto al tiempo de estancia en la institución la media en nuestra serie supera el año, el tiempo de estancia recomendado, sin existir ningún plazo máximo estipulado, en las institucionalizaciones es de menos de 6 meses<sup>2</sup>. El análisis de la asociación entre el tiempo de estancia en la institución con el resto de variables arroja resultados de interés desde el punto de vista del seguimiento sanitario ya que se aprecian estancias más prolongadas en los menores con mayores necesidades sanitarias, aquellos con diagnóstico psicopatológico y/o con seguimiento en consultas especializadas por dolencias crónicas. La condición de transversalidad de nuestro estudio nos impide obtener conclusiones de causalidad a este respecto para lo que serían necesarios estudios longitudinales.

A modo de conclusiones destacar la evidencia del cambio de población atendida en los centros de acogida con un claro predominio de adolescentes y altas tasas de menores no acompañados en nuestro medio. El estado de salud de los menores institucionalizados se podría considerar en líneas generales adecuado, destacando la necesidad de derivación a urgencias en el 1.36% de las exploraciones. Las principales diferencias con la población general derivan de la existencia de tasas de desnutrición algo superiores en los menores de 0-5 años y una alta prevalencia de patología ORL, dermatológica, mental y conductual así como un seguimiento en consultas especializadas de hasta el 40%. Según la literatura revisada, basada en los estudios de salud de los menores a su entrada en el sistema de protección, no existen diferencias significativas con otras series, a excepción de la alta patología ORL encontrada, con lo que podría pensarse que dicha diferencia es debida a la institucionalización de los menores, siendo necesarios estudios prospectivos en este sentido. Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad del seguimiento de protocolos específicos de control de los menores institucionalizados para la prevención y control de dichas patologías

Destacar la asociación entre el tiempo de estancia en la institución y las mayores demandas sanitarias de los menores, evidencia que apoya la necesidad de fijación de plazos máximos en la institucionalización así como la conveniencia de la especialización progresiva de los centros para dar una adecuada atención a los menores. Por último, debe ser objeto de reflexión la vulnerabilidad del grupo de 6-12 años que según los expertos es el que presenta más dificultades para la adopción de otras medidas de protección, ya que, conforme a los datos obtenidos, son los que presentan mayores estancias en la institución y agrupan el mayor número de necesidades sanitarias.

En definitiva, consideramos que aunque en este artículo se abordan problemas sanitarios, son un buen reflejo de la situación social de estos niños y de cara a los cambios legislativos que se avecinan deberían ser un punto de reflexión sobre el futuro. En esta misma línea creemos que la experiencia de Suecia, país donde la inversión de las cifras de menores institucionalizados y menores en acogimiento familiar se produjo hace más de una década, comunicada por A. Hjern debe hacernos reflexionar.

Tabla 1. Comparación entre los hallazgos en la exploración física según grupos de edad.

Exploración		Total	0-5 años	6-12 años	13-18 años	p
Tamaño muestral		294	25	61	208	-
MENA n/%		128 (43.5%)	0	2 (3.3%)	126 (60%)	0.001
n		294	0	61	208	
Tiempo en la institución <sup>1</sup>		294	6.8	17.95	13.90	<b>0.003</b> b:0.003 c:0.002
Estado nutricional n/%	Bajo peso	9 (3.4)	2 (11.1)	0*	7 (3.6)	<b>&lt;0.01</b> b:0.007 c:0.03
	Normal	207 (77.8)	14 (77.8)	37 (66.1)*	156 (81.3)	
	Sobrepeso	37 (13.9)	1 (5.6)	13 (23.2) *	23 (11.9)	
	Obeso	13 (4.9)	1 (5.6)	6 (10.7) *	6 (3.1)	
n		266	18	56	192	
Estrabismo n/%		17 (6.01)	0	4 (7.02)	13 (6.4)	pNS
n		282	23	57	202	
Alteraciones cardiovasculares n/%		3 (1.06)	1(4.4)	1(1.8)	1(0.5)	pNS
n		282	23	57	202	
Alteraciones respiratorias n/%		15 (5.32)	3 (13.04)	2 (3.5)	10 (0.5)	pNS
n		282	23	57	202	
Alteraciones abdominales n/%		6 (2.13)	0	2 (3.5)	4 (1.9)	pNS
n		282	23	57	202	
Alteraciones ORL n/%		175 (63.9)	16 (72.7)	44 (77.2)	115 (58.9)*	<b>&lt;0.001</b> a:<0.001 b:0.002
n		274	22	57	195	
Alteraciones dermatológicas n/%		95 (34.9)	5 (22.7)	22 (39.3)	68 (35.1)	<b>0.001</b> a:0.03 b:0.001
n		272	22	56	194	

Tabla 1 (cont.). Comparación entre los hallazgos en la exploración física según grupos de edad.

Exploración		Total	0-5 años	6-12 años	13-18 años	p
Alteraciones SNC n/%		6 (2.1)	3 (13.04)	2 (3.5)	1(0.5)	<b>0.002</b> a:0.03
n		283	23	57	203	
Diagnóstico psicopatológico n/%		36 (13.1)	2 (12.5)	10 (18.1)	24 (11.7)	pNS
n		275	16	55	204	
Distocia social n/%		77 (28.2%)	1 (6.7%)	21 (38.2%)	55 (27.1%)	<b>0.043</b> c:0.02
n		273	15	55	203	
Seguimiento en consultas n/%	No	173 (60.3)	13 (65)	29 (55.7)	131 (60.9)	<b>0.01</b> a:0.01 b:0.03 c:0.02
	Dentista	22 (7.7)	0	1 (1.9)	21(9.8)	
	Dermatología	4 (1.4)	0	0	4 (1.9)	
	ORL	4 (1.4)	0	3 (5.7)	1 (0.5)	
	Oftalmología	14 (4.9)	0	4 (7.7)	10 (4.7)	
	USMIJ	3 (1.05)	0	1 (1.9)	2 (0.9)	
	P. familiar	4 (1.4)	0	0	4 (1.9)	
	Otros	20 (6.9)	6 (30)	2 (3.8)	12 (5.6)	
Dentista + 1	43 (14.9)	1 (5)	12 (23.1)	30 (13.9)		
n		287	20	52	215	

1. Media del tiempo de estancia en la institución en meses. a: Test de Chi cuadrado entre 0-5años/13-18años. b:Test Chi cuadrado 6-12años/13-18años. c: Test Chi cuadrado 0-5años/6-12años.

Tabla 2. Hallazgos patológicos en la exploración ORL.

Hallazgo	Total	0-5 años	6-12 años	13-18 años
Facies adenoidea n/%	4 (2.3)	1(6.3)	1(2.3)	2 (1.7)
IRA <sup>1</sup> n/%	3 (1.7)	2 (12.5)	1(2.3)	0
Facies adenoidea + ocupación de coanas n/%	1 (0.6)	0	1(2.3)	0
Cuerpo extraño en CAE <sup>2</sup> n/%	3 (2.5)	0	2 (4.5)	1(0.9)
Tímpano deslustrado n/%	119 (68)	8 (50)	23 (52.3)	88 (76.5)
OMA <sup>3</sup> n/%	6 (3.4)	3 (18.8)	1(2.3)	2 (1.7)
Secreción en cavum n/%	7 (4)	1(6.3)	4 (9.1)	2 (1.7)
Otros n/%	32 (18.3)	1 (6.3)	11 (25)	20 (17.4)
Total	175	16	44	115

1. IRA: Infección Respiratoria Aguda. 2.CAE:Conducto Auditivo Externo. 3.OMA:Otitis Media Aguda.

**Tabla 3. Hallazgos patológicos en la exploración dermatológica.**

Hallazgo	Total	0-5 años	6-12 años	13-18 años
Eccema atópico n/%	11 (11.6)	2 (40)	6 (27.3)	3 (4.1)
Infecciones n/%	2 (2.1)	0	1 (4.5)	1 (1.5)
Cicatrices n/%	47 (49.5)	0	4 (18.2)	43 (63.3)
Otras n/%	35 (36.8)	3 (60)	11 (50)	21 (30.9)
<b>Total n/%</b>	<b>95</b>	<b>5</b>	<b>22</b>	<b>68</b>

### 5.2.6 BIBLIOGRAFIA

[1] Observatorio de la infancia. Estadística básica de medidas de protección a la infancia. 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social.

[2] Comisión especial de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines. Informe de la comisión especial de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines. 1-54. 2010. Boletín oficial de las cortes generales, BOCG, Senado.

[3] American Academy of Pediatrics. Committee on Early Childhood AaDC. Health care of young children in foster care. *Pediatrics* 2002; 109: 536-541.

[4] Olivan Gonzalvo G. Niños y adolescentes en acogimiento transitorio: problemas de salud y directrices para su cuidado. *An Pediatr (Barc)* 2003; 58 (2): 128-135.

[5] Nathanson D, Tzioumi D. Health needs of Australian children living in out-of-home care. *Paediatrics and Child Health* 2007; 43: 695-699.

[6] Steele JS, Buchi KF. Medical and Mental Health of Children Entering the Utah Care System. *Pediatrics* 2008; 122 (3): 703-709.

[7] Dirección General de Infancia y Familias. Consejería para la igualdad y bienestar social. Junta de Andalucía. Acogimiento residencial de menores. Decreto 355/2003 de 16 de Diciembre. 1-67. 2003.

[8] Cole T, Bellizi M, Flegal K, Dietz W. Establishing a standar definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320: 1-6.

[9] Sobradillo B, Aguirre A, Aresti U, Bilbao A, Fernández -Ramos C, Lizárraga A, et al. Curvas y tablas de crecimiento. Estudio longitudinal y transversal. Fundación Faustino Obergozo Eizaguirre ed. Bilbao: 2004.

[10] Fernandez del Valle J, Fuertes Zurita J. El gran cambio de los ochenta y las nuevas tendencias. En: Fernández del valle, Fuertes Zurita . El acogimiento residencial en la protección a la infancia. Madrid, Ediciones Pirámide, 2000. p: 23-32.

[11] Bravo Rodríguez Rosa. La situación de menores no acompañados en España.: Council of europe; 2005 1-32.

[12] Olivan Gonzalvo G. Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en Centros de Acogida. An Esp Pediatr 1999; 50 (2): 151-155.

[13] Cortés Lozano A, Sanchez Zamora EJ, Zahonero Coba MM. Estudio descriptivo de la población infantil de un centro de acogida. Acta Pediatr 2000; 58: 339-343.

[14] Olivan Gonzalvo G. Menores extranjeros en el sistema de protección de la Comunidad de Aragón (España). An Pediatr (Barc) 2004; 60 (1): 35-41.

[15] Serra Majen L, Ribas Barba L, Arancena Bartrina J, Perez Rodrigo C, Saavedra Santana P. Epidemiología de la obesidad infantil en España. Resultados del estudio Enkid (1998-2000). In: Masson, editor. Obesidad infantil y juvenil. Estudio en Kid. 2001: 81-108.

[16] Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio de prevalencia de obesidad infantil ALADINO (Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad). 2011. Ministerio de sanidad, política social e igualdad.

[17] Villazón González F, Díaz Cadórniga F., Menéndez Patterson A. Valoración de los efectos de un programa de educación nutricional sobre los datos antropométricos y bioquímicos de los niños de los centros de acogida del principado de Asturias. *Endocrinol Nutr* 2002; 49(2): 43-47.

[18] Martín Martín V, Loredó Abdala A. Estado de nutrición en niños víctimas de abuso físico y de abuso sexual. *Revista de investigación clínica* 2010; 62 (6): 524-531.

[19] Pecora PJ, Jensen PS, Hunter L, Jackson L, Ortiz A. Mental health services for children placed in foster care:an overview of current changelles. *Child welfare*. 2009; 88(1):5-26.

[20] Fernandez del Valle J, Sainero Rodríguez AM, Llanos López A, Bravo Arteaga A. Menores bajo medidas de protección que presentan trastornos de conducta u otros problemas de salud mental en la red de acogimiento residencial de la Junta de Extremadura. 2010. Ministerio de Sanidad y política social.

[21] Jee S, Barth R, Szilagyi M, Szilagyi P. Factors associated with chronic conditions among children in foster care. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2006; 17(2):328-341.

[22] Hjern A, Vinnerljung B. Healthcare for children in foster and residential care. *Acta Paediatr* 2002; 91: 1153-1154.

### **5.3.3 CONTROLES Y REGISTROS SANITARIOS**

El presente trabajo ha sido aceptado para su publicación como artículo original en la revista *Cuadernos de Pediatría Social*.

TÍTULO: ANÁLISIS DE LOS CONTROLES Y REGISTROS SANITARIOS DE LOS MENORES INSTITUCIONALIZADOS.

AUTORES: Mercedes Rivera Cuello, José Uberos Fernández, Antonio Muñoz Hoyos.

CENTRO DE TRABAJO: Grupo de investigación subnormalidad y desarrollo.  
Departamento de Pediatría. Universidad de Granada.

CONTACTO: Mercedes Rivera Cuello.

C/ Compás de la Victoria nº 2 2º Dcha. 29012. Málaga.

[ronijerez@hotmail.com](mailto:ronijerez@hotmail.com) / 669570885.

#### **5.3.1 RESUMEN**

INTRODUCCIÓN: Diferentes estudios, nacionales e internacionales, han demostrado la existencia de necesidades sanitarias específicas en los menores en el sistema de protección. Pese a esta realidad, en la literatura se constata frecuentemente la existencia de serias dificultades para su seguimiento sanitario. Una vez revisada la normativa vigente, nos propusimos analizar el grado de cumplimiento de la misma en cuanto al seguimiento sanitario en términos de salud física y psíquica de los menores institucionalizados, así como el estudio de los registros sanitarios de los expedientes de los mismos, atendiendo a las posibles diferencias detectadas según la entidad gestora del centro. Finalmente se analizó la relación entre las variables estudiadas y el tiempo de estancia en las instituciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se diseñó un estudio transversal acordándose un calendario de visitas a cada centro para la reunión con el personal del mismo y la revisión de

los expedientes de los menores. Para el estudio estadístico se realiza inicialmente un análisis descriptivo de cada una de las variables seleccionadas para posteriormente realizar un análisis comparativo entre los 3 tipos de centros de acogida estudiados (cada uno perteneciente a distintas entidades gestoras) mediante test de Kruskal-wallis y el de Mann-Whitney para las variables continuas, aplicando la corrección de Bonferroni y el test de Chi cuadrado para las variables categóricas. Finalmente se realizó un test de regresión lineal utilizando como variable dependiente el tiempo de estancia en la institución.

**RESULTADOS:** Se revisaron un total de 294 expedientes. Hasta en un 46.9% de los mismos no constaba informe sanitario al ingreso sin observarse diferencias entre centros. La existencia de registro sanitario se constató en un 22% de los expedientes, siendo esta más frecuente en los centros gestionados por órdenes religiosas. En cuanto al seguimiento en consultas especializadas, el 39.7% de los menores precisan revisión al menos en una consulta, de estos el 37.7% son seguidos en dos. La estancia media de los menores en los centros fue de 14.2 meses. Se

observan estancias más prolongadas de los menores con mayor demanda asistencial, a su vez, los menores en los que se objetiva la existencia de registro sanitario presentan estancias 4.52 meses mayores.

**DISCUSIÓN:** Destacan la falta de constancia de informes sanitarios al ingreso así como de las revisiones médicas de los menores. Dichos datos contrastan con la alta demanda de atención especializada lo que pone de relieve las necesidades sanitarias específicas de estos menores. Se observa una falta de homogenización respecto a la metodología empleada en los diferentes centros, lo que conlleva situaciones de inequidad manifiesta dentro del sistema de protección estatal.

Palabras clave: Menores institucionalizados, seguimiento sanitario, pruebas de cribado, acogimientos, institucionalización, exámenes de salud.

**Analysis of the health follow-up and monitoring of minors institutionalized under the protection system.**

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Serious difficulties have been reported in the health follow-up of institutionalized minors. Our aim was to analyze the degree of compliance with health follow-up norms for minors and the keeping of health records in their case files, examining any differences among centres and analyzing the relationship between study variables and the length of institutional stay.

**MATERIAL AND METHODS:** A cross-sectional study was performed, based on interviews with personnel from the centres and a review of the minors' files. A comparative analysis was conducted among three types of reception centre according to the management body, and the relationship between study variables and the length of institutional stay was also analyzed.

**RESULTS:** We reviewed 294 case files; 46.9% did not contain an admission health report, with no difference among centres. An internal health record was included in 23.2% of the files, more frequently in centres managed by religious orders. One specialist consultation was required by 40% of the minors, and more than one by 37%. The mean stay of the minors was 14.2 months; the mean stay of those requiring greater healthcare and on whom a health record was maintained was 4.52 months.

**DISCUSSION:** We highlight the lack of constancy in health record-keeping and medical check-ups. These data contrast with the high requirement for specialized care. A lack of standardization was observed in the methods used in the different centres, creating situations of evident inequality.

**Key words:** Institutionalized minors, health follow-up, screening tests, reception centre, institutionalization, health examinations.

### 5.3.2 INTRODUCCIÓN

El número de menores que se encuentran en el sistema de protección en nuestro país, según los últimos datos publicados por el observatorio de la infancia, asciende a 45.432. En cuanto a las medidas de protección adoptadas se continua observando un predominio del acogimiento residencial<sup>1</sup>. Este dibujo de la situación del sistema de protección está sujeto a un profundo cambio desde 2008 con la creación de una comisión especial del senado que en sus recomendaciones sienta las bases sobre las que se fundamentará la nueva legislación en esta materia, los cambios más destacados son: primacía del acogimiento familiar frente al residencial, fijación de plazos máximos para el acogimiento residencial, suprimir el acogimiento residencial para los menores de 6 años y especialización de los distintos supuestos que dan lugar a la institucionalización. Una de las principales dificultades argumentadas para llevar estas reformas a cabo es la existencia de una gran variabilidad en cuanto a normativa y legislación así como de los tipos de centros y la gestión de los mismos<sup>2</sup>.

Diferentes estudios, nacionales e internacionales, han demostrado la existencia de necesidades sanitarias específicas en los menores en el sistema de protección derivadas de la situación de desamparo a la que han sido expuestos así como a la condición de institucionalización posterior<sup>3-6</sup>. Pese a esta realidad, en la literatura revisada se constata frecuentemente la existencia de serias dificultades para el seguimiento sanitario de los menores, dificultades derivadas de: la falta de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, la alta movilidad de los menores, del gran número de personas encargadas del cuidado de los menores y de la falta de acceso a la historia clínica de los niños<sup>7-11</sup>.

La normativa vigente en nuestro medio establece que en el expediente de todo menor en el momento de ingreso en el centro debe constar un informe social, psicológico y sanitario sobre la situación del menor y su pronóstico. En caso de no adjuntarse, la entidad colaboradora procurará que, a la mayor brevedad posible, el menor sea objeto de revisión médica por la institución correspondiente<sup>12,13</sup>. No

existiendo normativa alguna sobre la sistematización del seguimiento sanitario durante la estancia del menor en la institución.

Con todo lo expuesto, y habida cuenta del escaso número de publicaciones existentes en nuestro medio sobre este importante capítulo de la infancia marginada, nos propusimos analizar el grado de cumplimiento de la normativa vigente en cuanto al seguimiento sanitario en términos de salud física y psíquica de los menores institucionalizados, así como el estudio de los registros sanitarios de los expedientes de los mismos, atendiendo a las posibles diferencias detectadas según la entidad gestora del centro. Por último analizamos la influencia que pudiera tener el tiempo de estancia en la institución sobre las variables analizadas.

### **5.3.3 MATERIAL Y MÉTODO**

Previo al diseño del estudio, se realizó una revisión de la legislación en materia de sistema de protección de menores de la Junta de Andalucía y, ateniéndonos al Artículo 69 del decreto 355/2003 de 16 de Diciembre que legisla sobre prácticas académicas o profesionales y/o estudios de investigación en centros de protección, realizamos la petición de los permisos pertinentes a las autoridades competentes<sup>14</sup>.

Siendo autorizados a la realización del proyecto según lo dispuesto por la Delegación para la Igualdad y Bienestar Social.

Se diseñó un estudio transversal acordándose un calendario de visitas a cada centro para la reunión con el personal del mismo y la revisión de los expedientes de los menores.

Se visitaron la totalidad de los 26 centros con programa residencial básico de la provincia de Granada entre Diciembre de 2006 y Enero de 2007. Se procedió a la revisión de los expedientes de los menores para la obtención de los datos que quedan reflejados en la tabla 2 y en los casos en los que éstos no constaban se obtuvo la información a través de la entrevista con el personal del centro.

Las variables cuantitativas se obtuvieron de la suma de las diferentes intervenciones sanitarias de las que había constancia en los expedientes. Para las variables cualitativas se procedió a la categorización de las mismas. Es oportuno aclarar que, en cuanto a la procedencia del informe sanitario, la categoría “otros” se refiere a aquellas situaciones en las que el informe fue emitido por el hospital, tras el alta del menor, o el especialista que realizaba el seguimiento de alguna patología crónica previa al ingreso del menor en el centro. En cuanto a la existencia de registro sanitario, al no existir normativa al respecto, hacemos referencia a la existencia de cualquier tipo de registro interno en el que puedan revisarse todos los controles, informes médicos y seguimientos sanitarios del menor durante su estancia en la institución.

Para el estudio estadístico se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables respecto a los tres tipos de entidades gestoras de los centros, siendo estas, ONG, órdenes religiosas o asociaciones en el caso de los concertados y los centros públicos (Tabla 2), posteriormente se procede a la comparación de grupos mediante la aplicación del test de Kruskal-wallis y de Mann-Whitney para las variables continuas aplicando la corrección de Bonferroni y el test de Chi cuadrado para las variables categóricas. Finalmente se realizó un test de regresión lineal utilizando como variable dependiente el tiempo de estancia en la institución.

#### **5.3.4 RESULTADOS**

Se revisaron un total de 294 expedientes, las pérdidas detectadas, que en algunas variables suponen un 4%, se deben a la imposibilidad de obtener la información solicitada por la inexistencia de datos concluyentes, falta de constancia en el expediente y/o desconocimiento de la información por parte de la persona entrevistada.

En cuanto a los datos demográficos, la edad media de la muestra fue de 14.2 años y la prevalencia de menores no acompañados (MENA) del 43.5%. Los niños de mayor edad así como el mayor número de MENA se encuentran en los centros públicos o gestionados por asociaciones.

Hasta en un 46.9% de los expedientes revisados no constaban informes sanitarios al ingreso sin observarse diferencias entre los centros, la mayor parte de dichos informes (48.2%) fueron emitidos por el centro de acogida inmediata o por el centro de salud. Respecto a la existencia de algún tipo de registro sanitario se constató su presencia en un 23.2% de los expedientes siendo más frecuente en los centros gestionados por órdenes religiosas.

La media global de visitas al pediatra, a urgencias y de ingresos hospitalarios es inferior a 1, se observan diferencias entre grupos en cuanto al número de visitas al pediatra siendo significativamente mayores en los menores atendidos en centros gestionados por órdenes religiosas. Destacar que son en estas variables donde existe el mayor número de casos perdidos, la mayoría de las veces por no poder obtener una información concluyente.

En cuanto al seguimiento en consultas especializadas, el 39.7% de los menores precisan revisión en al menos una consulta, de estos el 37.7% son seguidos por Odontología y otra de las consultas enumeradas (Tabla 1). Destacar que todos los menores se encontraban en seguimiento psicológico por profesionales adscritos al centro según la normativa<sup>14</sup>.

Por último, la estancia media de los menores en los centros es de 14.2 meses siendo los menores de centros gestionados por ONGs y órdenes religiosas los que presentan estancias más prolongadas. Se comprobó la existencia de asociación entre el tiempo de estancia en la institución y la condición de MENA encontrándose estancias 6.7 meses inferiores a la de los menores españoles. En cuanto al número de consultas al pediatra, a los servicios de urgencias, ingresos hospitalarios y seguimiento en consultas especializadas se aprecian estancias más prolongadas de los menores con mayor demanda asistencial, a su vez, los menores en los que se objetiva la existencia de registro sanitario presentan estancias 4.52 meses más prolongadas que los menores en los que no existe registro sanitario alguno.

### 5.3.5 DISCUSIÓN

Los resultados demográficos obtenidos concuerdan con la tendencia progresiva a buscar alternativas al acogimiento residencial para los niños más pequeños, hecho que justifica una edad media de los menores de 14.1 años, así como a un progresivo aumento de la presencia de MENA en los centros de acogida, llegando a suponer en nuestra serie el 50% de la población atendida.

En cuanto a la gestión de los centros se observa que la mitad de los menores se encuentran en centros concertados gestionados por órdenes religiosas. La menor representación la tienen los centros públicos en los cuales, en nuestro medio, únicamente se atiende a MENA que según nuestros resultados son los que menores tiempo de estancia registran.

Según el informe de la comisión especial del senado publicado en 2010 <sup>2</sup> la diversidad de modelos de gestión y tipos de centros de acogida en el sistema de protección estatal dificulta la atención equitativa de los menores siendo necesaria la homogenización de los mismos, por este motivo nos planteamos establecer la comparación entre los diferentes modelos de gestión de los centros en cuanto al seguimiento sanitario procurado.

En lo referente al informe sanitario al ingreso se aprecia que hasta en el 46.9% de los expedientes revisados no constaba dicho informe, sin apreciar diferencias significativas entre los centros. Son numerosas las referencias en la literatura sobre la necesidad de la realización de una exploración específica y un examen básico de salud de los menores en el momento del ingreso en el sistema de protección, siendo la detección de cualquier tipo de patología física o mental muy frecuente en este sector del 54% al 77% <sup>(3-5)</sup>.

En estudios realizados en Estados Unidos se demostró la dificultad de detección de dolencias físicas y psíquicas de los menores por parte del personal del servicio de protección, de forma que, la falta de exámenes al ingreso o seguimientos pediátricos específicos podría ocasionar el detrimento de la salud de los menores <sup>10</sup>.

A este respecto, además de la realización del examen inicial, recomendado pediátricamente y estipulado por ley, se recomienda la realización de consultas de seguimiento pediátricas sucesivas durante la estancia de los menores en los centros <sup>(8,15)</sup>. En nuestra muestra se aprecia que la media de visitas pediátricas de las que existe constancia en los expedientes es inferior a 1, se objetivan diferencias estadísticamente significativas entre grupos, siendo los menores residentes en centros gestionados por órdenes religiosas en los que consta mayor número de visitas al pediatra, advertir que son estos centros, junto con los gestionados por ONGs, los que atienden menores más pequeños y en los que existen mayor número de registros sanitarios.

No existe ninguna normativa, estatal o autonómica, que, respecto de los menores regule, el tipo de controles sanitarios ni el registro de los mismos, a este respecto nos propusimos evaluar el grado de accesibilidad a la historia sanitaria del menor mediante cualquier registro interno del centro, habida cuenta de las dificultades detectadas en estudios previos para el seguimiento sanitario de este sector de la población <sup>(4,8,11)</sup>. La existencia de algún tipo de registro sanitario (clasificación y constancia de informes clínicos, calendario de citas y diagnósticos o anotaciones protocolizadas al respecto en los expedientes) se constató únicamente en el 22%, siendo más frecuente en aquellos centros gestionados por órdenes religiosas, seguidos por los gestionados por ONGs y nulo en el caso de los centros públicos. Esta falta de registro de los controles sanitarios de los menores en el sistema de protección, en gran parte atribuida a la movilidad de los menores durante su estancia en el mismo <sup>7,8</sup>, ha sido solucionada en otros países mediante la creación del llamado “pasaporte sanitario” donde, de forma protocolizada, se hace constar por parte del personal sanitario cualquier tipo de atención dispensada, este documento se adjunta al expediente del menor siendo facilitado a la persona que en cada momento este a su cargo <sup>8,16,17</sup>. Apuntar que una limitación de nuestro estudio es el desconocimiento del número de centros o familias en las que han residido los menores, en algunos estudios la prevalencia de menores que han

estado al menos en más de un centro es del 50% y hasta un 16% en más de cuatro <sup>5</sup>, lo que se considera un condicionante de la falta de registros sanitarios.

Con todo lo expuesto resulta llamativa la alta prevalencia de seguimiento en consultas especializadas de los menores, hasta el 40% se encuentran en seguimiento, al menos en una consulta y de éstos el 37% están en seguimiento en más de una, dentista y unidad de salud mental con más frecuencia, dicha información, a pesar de la no existencia de registro en el expediente en muchos casos, fue facilitada por el personal del centro. Estos datos ponen de manifiesto la alta detección de patología física y/o mental en los exámenes de salud realizados al ingreso, hasta un 72.6% de los menores en los que consta el informe de ingreso se encuentran en seguimiento especializado. En un estudio realizado en Sydney, en el que se valoraba el grado de cumplimiento de las recomendaciones médicas realizadas en el momento del ingreso de los menores, se observó que, tras 10 meses, hasta en un 21.5% de los casos no se habían cumplido dichas recomendaciones, e incluso, en un 10% no se tenía conocimiento de las mismas. La variabilidad de cuidadores, la alta movilidad de los menores, así como la falta de adaptación del sistema sanitario a estas situaciones (listas de espera, protocolos de derivación..), son referidas como las principales causas <sup>18</sup>. En nuestro estudio estos datos no fueron registrados, pero estas mismas podrían considerarse algunas de las causas que justifican la falta de seguimiento sanitario en los menores de centros públicos que cuentan con medias de estancias inferiores a los 5 meses.

Por último, atendiendo a la asociación entre el tiempo de estancia en la institución y el seguimiento sanitario, se observa que los menores que cuentan con mayor número de visitas al pediatra, servicios de urgencias e ingresos hospitalarios presentan estancias más prolongadas, resultados que podrían considerarse esperables. Sin embargo, el dato de que sean los menores cuyos informes procedan del hospital o del médico especialista, así como, el hecho de que los que tienen registro sanitario sean los que cuentan con estancias más prolongadas, puede hacer pensar que el presentar algún tipo de enfermedad que requiera ingresos y controles

seriados condiciona mayores tiempos de institucionalización, no obstante, para llegar a esta afirmación sería necesaria la realización de estudios longitudinales.

Como conclusiones de nuestro trabajo cabe destacar la falta de constancia de informes sanitarios al ingreso así como de las revisiones médicas de los menores. Dichos datos contrastan con la alta demanda de atención especializada por parte de este sector de la población lo que pone de relieve las necesidades sanitarias específicas de estos menores. Se observa una falta de homogenización respecto a la metodología empleada en los diferentes centros, más llamativa entre los de gestión concertada y pública, lo que conlleva situaciones de inequidad dentro del sistema de protección estatal.

Desde nuestro punto de vista, se hace necesaria la homogenización de los seguimientos sanitarios a los menores en el sistema de protección, tanto más en el momento actual, que se pretende la generalización del acogimiento familiar frente al institucional lo que puede aumentar la diversificación de los criterios de seguimiento, la elaboración de métodos específicos para la recogida de actos médicos evitando la pérdida de información en la historia clínica y la adaptación de los protocolos de derivación a consulta especializada para facilitar la atención de los menores.

Tabla 1. Seguimiento sanitario de los menores institucionalizados según el tipo de gestión del centro.

Seguimiento sanitario		Total	ONG	Orden religiosa	Otros	p
Tamaño muestral		294	107 (36.4%)	136 (46.3%)	51 (17.3%)	-
Edad (n)		294	13.5	12.6	16.4	<b>0.001</b> b-c: 0.001
MENA n/%		128 (43.5%)	32 (29.9%)	45 (33.1%)	51 (100%)	<b>&lt;0.001</b> b-c:<0.001
n		294	107	136	51	
Tiempo en la institución <sup>3</sup>		294	14.27	17.75	4.7	<b>0.001</b> b: 0.005 c: 0.001
Existencia de informe sanitario	CAI <sup>1</sup>	100 (34.5%)	26 (24.5%)	51 (38.1%)	23 (46%)	pNS
	CS <sup>2</sup>	41(14.1%)	17 (16.03%)	21 (15.7%)	3 (6%)	
	Otros	16 (5.5%)	8 (7.5%)	6 (4.5%)	2 (4%)	
	NO	136 (46.9%)	55 (51.9%)	56 (41.8%)	22 (44%)	
n		290	106	134	50	
Registro sanitario n/%		66 (23.2%)	16 (16%)	50 (37.03%)	0	<b>0.001</b> a-c:<0.001 b:0.003
n		284	100	135	49	
Número de visitas al pediatra registradas n/%		0.86	0.56	1.33	0.23	<b>0.001</b> a:0.01 c:0.001
n		284	106	129	49	
Número de consultas en urgencias n/%		0.6	0.47	0.8	0.23	pNS
n		283	106	129	48	
Número de ingresos hospitalarios n/%		0.11	0.13	0.13	0.02	pNS
n		283	106	129	48	
Seguimiento consultas n/	No	173 (60.3%)	66 (60.5%)	58 (44.6%)	46 (95.8%)	<b>&lt;0.001</b> b:0.005 c:<0.001
	Dentista	22 (7.7%)	5 (4.6%)	17 (13.1%)	0	
	Dermatología	4 (1.4%)	1 (0.9%)	2 (1.5%)	1 (2.1%)	
	ORL	4 (1.4%)	1 (0.9%)	3 (2.3%)	0	
	Oftalmología	14 (4.9%)	7 (6.4%)	7 (5.4%)	0	
	USMIJ	3 (1.04%)	0	3 (2.3%)	0	
	P. familiar	4 (1.4%)	1 (0.9%)	3 (2.3%)	0	
	Otros	20 (6.9%)	9 (8.3%)	11 (8.5%)	0	
Dentista + 1	43 (14.9%)	16 (14.7%)	26 (20%)	1 (2.1%)		
n		287	109	130	48	

1. Media del tiempo de estancia en la institución en meses. 2. Centro de acogida inmediata 3. Centro de salud a. Test Chi cuadrado ONG/ O. Religiosa. b. Test Chi cuadrado ONG/Otros c: Test Chi cuadrado O. religiosa/Otros

### **5.3.6 BIBLIOGRAFÍA**

- [1] Observatorio de la infancia. Estadística básica de medidas de protección a la infancia. 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- [2] Comisión especial de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines. Informe de la comisión especial de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines. 1-54. 2010. Boletín oficial de las cortes generales, BOCG, Senado.
- [3] Olivan Gonzalvo G. Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en Centros de Acogida. *An Pediatría* 50[2], 151-155. 1999.
- [4] Steele JS, Buchi KF. Medical and Mental Health of Children Entering the Utah Care System. *Pediatrics* 122[3], 703-709. 2008.
- [5] Nathanson D, Tzioumi D. Health needs of Australian children living in out-of-home care. *Paediatrics and Child Health* 43, 695-699. 2007.
- [6] Martín Martín V, Loredó Abdala A. Estado de nutrición en niños víctimas de abuso físico y de abuso sexual. *Revista de investigación clínica* 62[6], 524-531. 2010.
- [7] Hill CM, Watkins J. Statutory health assessments for looked-after children: what do they achieve? *Child Care Health Development* 29, 3-13. 2003.
- [8] American Academy of Pediatrics. Committee on Early Childhood AaDC. Health care of young children in foster care. *Pediatrics* 109, 536-541. 2002.
- [9] Hjern A, Vinnerljung B. Healthcare for children in foster and residential care. *Acta Paediatr* 91, 1153-1154. 2002.
- [10] Jee S, Barth R, Szilagyi M, Szilagyi P. Factors associated with chronic conditions among children in foster care. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2006;17(2):328-341.
- [11] Crawford M. Health of children in out-of-home care: Can we do better? *Paediatrics and Child Health* 42, 77-78. 2006.

[12] Consejería para la igualdad y bienestar social. Orden de 16 de Abril de 2001, por la que se regula la cooperación entre la consejería y las entidades colaboradoras en el acogimiento residencial de menores. 2001. BOJA 50 del 03/05/2001.

[13] Consejería para la igualdad y bienestar social. Orden del 9 de Noviembre de 2005 por la que se regula la cooperación entre la consejería y las entidades colaboradoras en el acogimiento residencial en Centros de Protección de Menores. 2005. BOJA num 222.

[14] Dirección General de Infancia y Familias. Consejería para la igualdad y bienestar social. Junta de Andalucía. Acogimiento residencial de menores. Decreto 355/2003 de 16 de Diciembre. 1-67. 2003.

[15] Olivan Gonzalvo G. Niños y adolescentes en acogimiento transitorio: problemas de salud y directrices para su cuidado. *An Pediatría* 58[2], 128-135. 2003.

[16] Simms MD, Kelly RW. Pediatricians and foster children. *Child welfare*. 70, 451-461. 1991.

[17] Simms MD, Dubowitz H, Szilagvi MA. Health care needs of children in foster care system. *Pediatrics* 106, 909-918. 2000.

[18] Nathanson D, Gillian L, Tzioumi D. Children in out-of-home care: Does routine health screening improve outcomes? *Paediatrics and Child Health* 45, 665-669. 2009.

## **5.4 ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO SANITARIO.**

El presente trabajo, traducido al inglés, ha sido enviado para su publicación como artículo original a *Child Welfare journal*.

TÍTULO: FACTORES DE RIESGO SANITARIOS EN MENORES EXTRANJEROS NO ACOMPAÑADOS (MENA) Y MENORES NACIONALES: ANÁLISIS COMPARATIVO.

Autores: Mercedes Rivera Cuello, José Uberos Fernández, Antonio Muñoz Hoyos.

Centro de trabajo: Grupo de investigación subnormalidad y desarrollo.  
Departamento de pediatría. Universidad de Granada.

Contacto: Mercedes Rivera Cuello.

[ronijerez@hotmail.com](mailto:ronijerez@hotmail.com)/ 00 (34) 669 570 885

C/ Compás de la Victoria nº2 2ªDcha. 29012. Málaga. Spain

### **5.4.1 RESUMEN**

INTRODUCCIÓN: Son pocos los estudios que analizan la prevalencia de factores de riesgo sanitario en niños y adolescentes en el sistema de protección, los cuales, asumiendo las diferencias metodológicas y los diferentes factores analizados, concluyen que existe una mayor prevalencia de los mismos en este sector poblacional. La población infantil en el sistema de protección en nuestro país está experimentando un profundo cambio en los últimos años debido a la gran afluencia de menores extranjeros no acompañados (MENA). En el presente trabajo analizamos las diferencias entre menores nacionales y MENA en cuanto a factores de riesgo sanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza la exploración física y la revisión del total de expedientes de los menores ingresados en centros de acogida de larga estancia de la provincia de Granada. Los datos psicosociales se obtuvieron a través de la entrevista con el personal del centro. En cuanto al estudio estadístico se realiza un

análisis descriptivo de cada una de las variables atendiendo a la condición de MENA para la posterior comparación de las mismas. Para la regresión lineal se utilizó como variable dependiente el tiempo de estancia en la institución y para la regresión logística el grado de integración escolar y en el centro.

**RESULTADOS:** Se revisaron 294 expedientes, el 43.5% de los mismos correspondían a MENA, los cuales presentaban estancias significativamente más cortas respecto al grupo de españoles, así como, una edad media mayor. Las cifras de sobrepeso y obesidad son del 18.8% siendo este grupo significativamente mayor entre los menores autóctonos. En el 28.1% de los menores se detecta algún tipo de distocia social, sin objetivarse diferencias entre grupos. La prevalencia de consumo de drogas es de un 44.4%, siendo mayoritario el grupo de consumidores de varias drogas y significativamente mayor en el grupo de MENA. De los menores escolarizados, solo el 40% tienen un rendimiento escolar adecuado a su edad, siendo esta cifra significativamente inferior en los menores extranjeros. El consumo de drogas se asocia a estancias más cortas en los centros así como a una peor integración escolar.

**CONCLUSION:** La población en el sistema de protección presenta mejores cifras que la población general en el caso del estado nutricional y del consumo de sustancias, resultados que revelan que ambos son problemas de salud pública. Las diferencias observadas entre ambos grupos ponen de manifiesto el gran reto que constituye la atención adecuada en términos, sanitarios, sociales y educativos de los menores extranjeros no acompañados que ingresan en el sistema de protección, ya que presentan necesidades muy dispares a las de la población infantil en riesgo social acogida hasta ahora en dicho sistema.

#### **5.4.2 INTRODUCCIÓN**

Los factores de riesgo sanitario se han convertido en los últimos años en un problema de salud pública en la población infantil y adolescente en los países desarrollados, esta realidad ha motivado la realización de estudios epidemiológicos sistemáticos que permitan sustentar las políticas sanitarias de

prevención y promoción de la salud en este sector de la población <sup>1-3</sup>. La influencia de la familia, la educación y el ambiente socioeconómico en el estado de salud así como en los factores de riesgo sanitarios ha sido ampliamente demostrado <sup>4,5</sup>.

En este sentido, los menores inmersos en el sistema de protección suponen un núcleo poblacional de mayor vulnerabilidad dadas las condiciones familiares previas a su ingreso en el sistema de protección, relacionadas habitualmente con la pobreza, negligencia, maltrato y abandono y por las condiciones sociosanitarias posteriores generadas por su situación de desamparo que podrían resumirse en: una mayor prevalencia de trastornos de conducta, alteraciones mentales y dificultades para el seguimiento sanitario entre otras <sup>6-9</sup>. Hay que destacar que, la población infantil en el sistema de protección en nuestro país está experimentando un profundo cambio en los últimos años debido a la gran afluencia de menores extranjeros no acompañados (MENA) a los países del sur de Europa. Según la legislación vigente en nuestro país, estos menores entran a formar parte del sistema de protección estatal una vez demostrada su minoría de edad. El perfil predominante en nuestro medio son los inmigrantes por motivos económicos procedentes de Marruecos y Rumanía, con edades comprendidas entre los 14-18 años <sup>10,11</sup>.

Son pocos los estudios que analizan la prevalencia de factores de riesgo sanitario en niños y adolescentes en el sistema de protección <sup>6,9,12,13</sup>, los cuales, asumiendo las diferencias metodológicas y los diferentes factores analizados, concluyen que existe una mayor prevalencia de los mismos en este sector poblacional.

Con todo lo expuesto, nos proponemos analizar la prevalencia de nueve factores de riesgo sanitario incluidos en el Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS) <sup>1</sup>, en menores residentes en centros de acogida, bajo la hipótesis de la existencia de diferencias entre el grupo de los MENA y el de los menores nacionales dada las diferentes condiciones sociales de partida. Se analiza la

asociación de dichos factores con el tiempo de estancia en la institución y su influencia en el grado de integración escolar y en el centro.

### **5.4.3 MATERIAL Y MÉTODOS**

Previo al diseño del estudio, se realizó una revisión de la legislación del sistema de protección de menores en nuestro medio y atendiendo a aquella que regula la realización de proyectos y/o estudios de investigación en centros de protección, realizamos la petición de los permisos pertinentes a las autoridades competentes<sup>14</sup>.

Se diseñó un estudio transversal en el que se visitaron la totalidad de los centros con programa de larga estancia de la provincia de Granada entre Diciembre de 2006 y Marzo de 2007 procediendo en cada visita a la revisión de los expedientes, al análisis de las medidas antropométricas de los menores y a la entrevista con el personal del centro (directores y/o educadores).

Para el cálculo de la estancia en la institución se calculó la diferencia en meses entre la fecha de ingreso en el centro y la de la realización de la exploración. Para la categorización del estado nutricional, se utilizaron, para definir sobrepeso y obesidad, los puntos de corte publicados por Cole et al<sup>15</sup> y para el bajo peso, las tablas de percentiles de la fundación Obergozo<sup>16</sup>.

La información del resto de variables que constan en la tabla 1 fue facilitada por el personal del centro. La existencia de cualquier tipo de distocia social se definió como la presencia de peleas y/o conductas disruptivas habituales (al menos 1 al mes) por parte de los menores sin la existencia de un diagnóstico psicopatológico o de trastorno de la conducta, menores que se encontraban recibiendo cualquier tipo de tratamiento psicoterapéutico específico. La variable rendimiento escolar adecuado, hace referencia al desfase instructivo entre la edad del menor y el curso escolar en el que se encuentra. En cuanto al consumo de drogas, los datos solicitados fueron sobre el consumo habitual de sustancias (al menos 20 días de los últimos 30 días). El resto de variables atienden a la idea

subjetiva del personal entrevistado respecto a la integración del menor en el medio escolar y en el centro, categorizándose en difícil, aceptable o buena según su percepción.

En cuanto al estudio estadístico se realiza un análisis descriptivo de cada una de las variables atendiendo a la condición de MENA para la posterior comparación mediante el test de Kruskal-wallis y de Mann-Whitney para las variables continuas y test de Chi cuadrado para las variables categóricas. Para la regresión lineal se utilizó como variable dependiente el tiempo de estancia en la institución y para la regresión logística el grado de integración escolar y en el centro.

#### **5.4.4 RESULTADOS**

Se visitaron un total de 26 centros revisándose 294 expedientes. El 43.5% de los mismos correspondían a MENA, los cuales presentaban estancias significativamente más cortas respecto al grupo de españoles, así como, una edad media mayor (Tabla 1). Las pérdidas detectadas en algunas variables se deben a no poder obtener una información concluyente, tras la revisión de los expedientes y la entrevista con el personal del centro, y a la ausencia de los menores el día de la visita, en el caso de las variables exploratorias.

En cuanto al estado nutricional, se aprecian cifras de desnutrición inferiores al 4% y de sobrepeso y obesidad de un 18.8% siendo este grupo significativamente mayor entre los menores autóctonos, llegando a suponer el 27.5% de la muestra.

En el 28.1% de los menores se detecta algún tipo de distocia social, sin objetivarse diferencias entre grupos. Estos datos concuerdan con la percepción del grado de integración en el centro que es catalogada como difícil o aceptable en el 23.6% de los casos observándose que dicha integración resulta más dificultosa en el grupo de MENA. Sin embargo, en cuanto al número de diagnósticos psicopatológicos, menores en tratamiento psicoterápico, la

prevalencia es del 13.4% con un claro predominio en el grupo de los menores españoles.

La prevalencia de consumo de drogas es de un 44.4%, siendo mayoritario el grupo de consumidores de varias drogas de las referidas en la tabla 1 (47.3%). Se aprecian diferencias significativas entre grupos, constituyendo el grupo de los MENA, el que registra mayor número de consumidores. En cuanto al número de menores en seguimiento por parte del centro provincial de drogodependencia o entidades colaboradoras la cifra es del 18.2% de los consumidores, sin evidenciarse diferencias entre grupos.

El nivel de escolarización de los menores es del 60.1% existiendo diferencias significativas entre grupos ya que, en el grupo de MENA, el 63.2% se encuentran cursando un módulo de formación profesional o ejerciendo algún oficio. De los menores escolarizados, solo el 40% tienen un rendimiento escolar adecuado a su edad, siendo esta cifra significativamente inferior en los menores extranjeros. En cuanto a la percepción de la integración escolar se considera buena en el 70.1% de los casos sin evidenciarse diferencias significativas entre grupos.

Por último, en cuanto al análisis de la asociación del tiempo de estancia en la institución con las variables estudiadas, solo se encontró asociación entre la ocupación de los menores, siendo las estancias significativamente inferiores en los menores no escolarizados y con el consumo de drogas, ya que los menores consumidores presentan estancias más cortas ( $p:0.01$ ). En cuanto a la asociación con el grado de integración en el centro y escolar se encontró que el consumo de drogas se asocia con una integración difícil con un valor de  $p$  de 0.01 y 0.004 respectivamente, no encontrándose asociación con el resto de variables estudiadas.

#### **5.4.5 DISCUSIÓN**

La alta prevalencia de MENA observada, 43.5%, su procedencia (tabla 2) así como las diferencias existentes con el grupo de menores españoles respecto de

la edad y el tiempo de estancia en la institución, concuerdan con los datos publicados a nivel nacional y europeo<sup>10,11,17</sup>.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad es del 13.9% y 4.8% respectivamente. Se observan diferencias significativas entre ambos grupos, siendo el grupo de menores españoles el que presenta mayores tasas de sobrepeso y obesidad 27.5% frente al 9.4% en el grupo de los MENA (Tabla 1). Estos datos resultan inferiores a los nacionales (sobrepeso: 26.1%, obesidad: 19.1%)<sup>2,18</sup>, asemejándose a los publicados por el CDC (sobrepeso: 15.8%, obesidad: 12%)<sup>1</sup>. Los trabajos realizados en población infantil en el sistema de protección a nivel nacional e internacional refieren porcentajes de sobrepeso que oscilan entre el 22% y el 35%<sup>13,19-21</sup>, valores comparables a los del grupo de menores nacionales en nuestra serie.

En cuanto a la prevalencia de trastornos de comportamiento, explicitada como presencia de distocias sociales y/o dificultades en la integración del menor en el centro, se aprecia que hasta un 28.1% de los menores presentan conductas sociales disruptivas al menos una vez al mes, sin observarse diferencias entre grupos, siendo las cifras de una integración difícil o aceptable en el centro concordantes, 23.6%, observándose, en este caso, mayores dificultades en el grupo de los MENA, 31.6%. Estas cifras contrastan con el porcentaje de menores en tratamiento psicoterapéutico por algún diagnóstico psicopatológico, 13.4%, siendo los diagnósticos en el grupo de MENA significativamente menores. En los estudios publicados a este respecto, asumiendo las diferencias metodológicas existentes, las cifras de conductas disruptivas o antisociales en menores en el sistema de protección resultantes oscilan entre el 13% y el 35%,<sup>6,9,13,22,23</sup>. En los estudios en los que fueron analizados, se aprecian datos similares a los de nuestra serie en cuanto al contraste entre la valoración de conductas disruptivas por parte de los educadores y la prevalencia de menores en tratamiento psicoterápico específico, lo que pone de manifiesto un infradiagnóstico de los procesos psicopatológicos, principalmente los de tipo internalizante, en estos

menores <sup>22,23</sup>, realidad que es aún más evidente en los MENA condicionados por factores idiomáticos y culturales.

Las drogas más frecuentemente consumidas por los menores son, en orden de frecuencia, alcohol, tabaco, cannabis e inhalantes volátiles siendo el consumo de otras sustancias prácticamente inapreciables. El 44.4% de los menores consumen algún tipo de droga de forma habitual (al menos 20 días de los últimos 30), el hábito más común es la combinación de varias sustancias de las referidas, existiendo diferencias significativas entre grupos a este respecto, siendo el grupo de MENA el que presenta mayor consumo. Solo un 18.2% de los menores se encuentran en algún programa de deshabituación, sin observar diferencias significativas entre grupos. Estos datos son similares a los obtenidos en otros estudios, en cuanto a los patrones de consumo y porcentaje de consumidores en menores en el sistema de protección <sup>6,7,22</sup>. Destacar que en un estudio de la situación sanitaria de los MENA realizado en una cohorte de Madrid en el 2007 se obtuvieron cifras de consumo del 64.2%, algo superiores a las observadas en nuestra serie, siendo el consumo más frecuente fue tabaco y tabaco+ cannabis<sup>24</sup>. Comparando estos datos con los existentes a nivel nacional e internacional respecto al consumo de drogas en menores de edad y asumiendo las diferencias metodológicas, las cifras de consumidores en la población general resultan algo superiores, similares a las encontradas en el grupo de MENA en nuestra serie <sup>1,3</sup>. Las diferencias encontradas afectan principalmente al patrón de consumo en dos sentidos, en primer lugar, a pesar de que las drogas de uso más frecuentes son las mismas, en la población general el uso de cocaína y sedantes está más extendido que el consumo de inhalantes volátiles, cuarta droga más consumida en nuestra muestra. En segundo lugar, la cifra de policonsumidores de sustancias en nuestra serie es superior, dato más evidente en el grupo de MENA.

Las tasa de escolarización de los menores es del 60.5%, existiendo diferencias significativas entre grupos, ya que en el caso de los MENA un 63.2% están realizando algún módulo de formación profesional o han ingresado en el mundo laboral, esta realidad responde a las expectativas migratorias de los menores

<sup>10,11</sup>. El rendimiento escolar adecuado se objetivó únicamente en el 40% de los casos, poniendo de manifiesto las altas tasas de fracaso escolar en este sector de la población, siendo significativamente mayores en los MENA. Respecto a la integración escolar, es percibida como adecuada hasta en el 70.1% de los menores, sin encontrarse diferencias entre grupos. El bajo rendimiento escolar así como las necesidades educativas especiales en menores en protección, ha sido ampliamente estudiado por diferentes autores<sup>8,25-27</sup>, siendo asociado a alteraciones neurocognitivas debidas a las situaciones de maltrato en edades tempranas, a alteraciones conductuales, a la falta de seguimiento y control individualizado y a los frecuentes cambios de residencia dentro del sistema de protección. En el grupo de MENA se suman factores idiomáticos y culturales.

Como conclusiones, y en primer lugar, cabe destacar que, respecto a los factores de riesgo sanitario estudiados, la población en el sistema de protección presenta mejores cifras que la población general en el caso del estado nutricional y del consumo de sustancias, resultados que revelan que ambos son problemas de salud pública en la población menor de 18 años que precisa de políticas específicas de protección a la infancia y la adolescencia. Por otro lado, y en segundo lugar, las diferencias observadas entre ambos grupos ponen de manifiesto el gran reto que constituye la atención adecuada en términos, sanitarios, sociales y educativos de los menores extranjeros no acompañados que ingresan en el sistema de protección, ya que presentan necesidades muy dispares a las de la población infantil en riesgo social acogida hasta ahora en dicho sistema.

Tabla 1. Factores de riesgo sanitario según la nacionalidad de los menores.

Factores de riesgo sanitario		Total	Españoles	MENA	p
Tamaño muestral		294	166	128	-
Edad <sup>1</sup>		294	11.04	16.2	p:0.001
Tiempo en la institución <sup>2</sup>		294	21.2	7.5	p:0.001
Estado nutricional n/%	Bajo peso	9 (3.4%)	5 (3.6%)	4 (3.1%)	p:0.001
	Normal	207 (77.8%)	95 (68.8%)	112 (87.5%)	
	Sobrepeso	37 (13.9%)	26 (18.8%)	11 (8.6%)	
	Obeso	13 (4.8%)	12 (8.7%)	1 (0.8%)	
n		266	138	128	
Distocia social n/%		77 (28.1%)	44 (31.4%)	33 (24.6%)	pNS
n		274	140	134	
Integración en el centro n/%	Difícil	13 (4.8%)	4 (2.9%)	9 (6.8%)	p<0.001
	Aceptable	51 (18.8%)	18 (13.04%)	33 (24.8%)	
	Buena	207 (76.3%)	116 (84.1%)	91 (68.4%)	
n		271	138	133	
Diagnóstico psicopatológico n/%		37 (13.4%)	30 (21.2%)	7 (5.2%)	p<0.001
n		276	141	135	
Consumo de drogas n/%	No	138 (55.6%)	80 (70.2%)	58 (43.3%)	p:0.001
	Tabaco	45 (18.1%)	16 (14.03%)	29 (21.6%)	
	Alcohol	3 (1.2%)	2 (1.8%)	1 (0.7%)	
	Cannabis	8 (3.2%)	3 (2.6%)	5 (3.7%)	
	Inhalantes	1 (0.4%)	0	1 (0.7%)	
	Otras	1 (0.4%)	1 (0.9%)	0	
	Varias	52 (20.9%)	12 (10.5%)	40 (29.8%)	
n		248	114	134	
Seguimiento en el CPD <sup>3</sup> o similares n/%		20 (18.2%)	8 (23.5%)	12 (15.7%)	pNS
n		110	34	76	
Ocupación n/%	No	5 (1.9%)	3 (2.4%)	2 (1.6%)	p<0.001
	Escolarización	152 (60.5%)	107 (86.9%)	45 (35.1%)	
	FP	70 (27.9%)	10 (8.1%)	60 (46.8%)	
	Ingreso en el mundo laboral	24 (9.6%)	3 (2.4%)	21 (16.4%)	
n		251	123	128	
Rendimiento escolar adecuado n/%		57 (40%)	54 (55%)	3 (6.8%)	p<0.001
n		142	98	44	
Integración escolar n/%	Difícil	13 (14.9%)	7 (10.6%)	6 (28.6%)	pNS
	Aceptable	13 (14.9%)	10 (15.2%)	3 (14.3%)	
	Buena	61 (70.1%)	49 (74.2%)	12 (57.1%)	
n		87	66	21	

1. Edad de los menores en años. 2. Media del tiempo de estancia en la institución en meses. 3. Centro Provincial de Drogodependencia.

**Tabla 2. Procedencia de los MENA.**

<b>Nacionalidad</b>	<b>Total</b>
Marruecos n/%	160 (94.1%)
Rumanía n/%	6 (3.5%)
Latinoamerica n/%	1 (0.6%)
Otras n/%	3 (1.8%)
Total	170

### 5.4.6 BIBLIOGRAFÍA

[1] Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behaviour surveillance - United States 2009. MMWR 59, 1-142. 2010.

[2] Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio de prevalencia de obesidad infantil ALADINO (Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad). 2011. Ministerio de sanidad, política social e igualdad.

[3] Observatorio español sobre drogas. Encuesta sobre drogas en población escolar. 2004. Ministerio de sanidad, igualdad y política social.

[4] Braveman PA, Egerter S, Mockenhaupt RE. Broadening the focus. The need to address the social determinants of health. American Journal of Preventive Medicine 40[1S1], 4-18. 2011.

[5] Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, et al. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on adolescent health. JAMA 278, 823-832. 1997.

[6] Leslie LK, Sigrid J, Monn A, Kauten M, Jinjin Z, Aarons G. Health-Risk Behaviors in Young Adolescents in the Child Welfare System. Journal of Adolescent Health 47, 26-34. 2010.

[7] Olivan Gonzalvo G. Niños y adolescentes en acogimiento transitorio: problemas de salud y directrices para su cuidado. An Pediatría 58[2], 128-135. 2003.

[8] American Academy of Pediatrics. Committee on Early Childhood AaDC. Health care of young children in foster care. *Pediatrics* 109, 536-541. 2002.

[9] Stirling J, Amaya-Jackson L. Understanding the Behavioral and Emotional Consequences of Child Abuse. *Pediatrics* 122[3], 667-673. 2008.

[10] Senovilla Hernández D. Situación y tratamiento de los menores no acompañados en Europa. 2007. Observatorio Internacional de Justicia Juvenil.

[11] Asociación pro derechos humanos de Andalucía. Menores extranjeros no acompañados en Andalucía. Entre la represión y la protección. 3-48. 2006.

[12] Taussing Hn. Risk behaviors in maltreated youth placed in foster care: A longitudinal study of protective and vulnerability factors. *Child Abuse & Neglect* 26, 1179-1199. 2002.

[13] Clark DB, Thatcher DL, Martin CS. Child abuse and other traumatic experiences, alcohol use disorders, and health problems in adolescence and young adulthood. *Journal of Pediatric Psychology* 35[5], 499-510. 2010.

[14] Dirección General de Infancia y Familias. Consejería para la igualdad y bienestar social. Junta de Andalucía. Acogimiento residencial de menores. Decreto 355/2003 de 16 de Diciembre. 1-67. 2003.

[15] Cole T, Bellizzi M, Flegal K, Dietz W. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal* 320, 1-6. 2000.

[16] Sobradillo B, Aguirre A, Aresti U, Bilbao A, Fernández -Ramos C, Lizárraga A, et al. Curvas y tablas de crecimiento. Estudio longitudinal y transversal. Fundación Faustino Obergozo Eizaguirre ed. Bilbao: 2004.

[17] Observatorio de la infancia. Estadística básica de medidas de protección a la infancia. 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social.

[18] Serra Majen L, Ribas Barba L, Arancena Bartrina J, Perez Rodrigo C, Saavedra Santana P. Epidemiología de la obesidad infantil en España. Resultados

del estudio Enkid (1998-2000). In: Masson, editor. *Obesidad infantil y juvenil. Estudio en Kid*. 2001: 81-108.

[19] Villazón González F, Díaz Cadórniga F., Menéndez Patterson A. Valoración de los efectos de un programa de educación nutricional sobre los datos antropométricos y bioquímicos de los niños de los centros de acogida del principado de Asturias. *Endocrinol Nutr* 49[2], 43-47. 2002.

[20] Steele JS, Buchi KF. Medical and Mental Health of Children Entering the Utah Care System. *Pediatrics* 122[3], 703-709. 2008.

[21] Martín Martín V, Loredó Abdala A. Estado de nutrición en niños víctimas de abuso físico y de abuso sexual. *Revista de investigación clínica* 62[6], 524-531. 2010.

[22] Fernández del Valle J, Sainero Rodríguez AM, Llanos López A, Bravo Arteaga A. Menores bajo medidas de protección que presentan trastornos de conducta u otros problemas de salud mental en la red de acogimiento residencial de la Junta de Extremadura. 2010. Ministerio de Sanidad y política social.

[23] Berger LM, Bruch SK, Johnson EI, James S, Rubin D. Estimating de "impact" of out-of-home placement on child well-being: Approaching the problem of Selection Bias. *Child Development* 80, 1856-1876. 2009.

[24] Prada FA, Bocija MC, Regadera M, Sánchez A. La condición de inmigrantes 1ª, 2ª y 3ª generación. In: Ministerio de Sanidad y Consumo, editor. *Informe Salud Infancia Adolescencia y Sociedad*. 2007: 113-121

[25] Zetlin A. The experiences of foster children and youth in special education. *J Intellect Dev Disabil* 31[3], 161-165. 2006.

[26] Bruska D. Children in foster care: a population at risk. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 21[2], 70-77. 2008.

[27] Pears K, Fisher P. Developmental, cognitive and neuropsychological functioning in preschool -aged foster children: associations with prior maltreatment and placement history. *Developmental and behavioral pediatrics* 26[2], 112-122. 2005.

## **5. BIBLIOGRAFÍA**



## BIBLIOGRAFÍA

- [1] Santolaria F. Marginacion y educación. Historia de la educación social en la España moderna y contemporánea. Barcelona: 1997.
- [2] Fernandez del Valle J, Fuertes Zurita J. El gran cambio de los ochenta y las nuevas tendencias. In: Pirámide, editor. El acogimiento residencial en la protección a la infancia. Madrid: 2000: 23-32.
- [3] Arana J, Carrasco JL. Niños desasistidos del ambiente familiar. Madrid: 1980.
- [4] Rubio Larrosa V. Estudio de carencias afectivas y la posible influencia negativa futura. 1985. Dirección General de Protección Jurídica del Menor.
- [5] Espina P. Historia de la infancia de Madrid (1400-2000). 538. 2005. Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid.
- [6] Fernandez del Valle J, Fuertes Zurita J. Papel histórico de las instituciones para la infancia. In: Pirámide, editor. El acogimiento residencial en la protección a la infancia. Madrid: 2000: 25-33.
- [7] Camarero J. La asistencia al menor carente de ambiente familiar: Organización y planteamientos. 5, 9-28. 1982. Cuadernos INAS.
- [8] Spitz R. Hospitalism: an inquiry into de genesis of psychiatrics conditions in early childhood. Phsycoanalytic study of the Child 1, 153-172. 1945.
- [9] Bowlby J. Cuidados maternos y salud mental. 1951. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS).
- [10] Ainsworth MD. Efectos de la privación materna: estudios de los hallazgos y controversia sobre métodos de investigación. 1963. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS). Privación de los cuidados maternos. Revisión de sus consecuencias.
- [11] Pattern R. Influence of family enviroment on growth: The syndrome of maternal deprivation. Gardner L, editor. Pediatrics 30, 957. 1962.
- [12] Rutter M. Maternal deprivation reassessed. 1972.

- [13] Young D, Pappenfort. Trends in residential groups care 1966-1981. In: Balzack E, editor. Group care of children. Transitions toward the year 2000. Washington: 1989.
- [14] Skinner A. Another kind of home. 1992. Edinburgh, HMSO.
- [15] García Llorente MA, Martínez-Mora L. The process of deinstitutionalization in Spain. Innocenti Instituto Research Centre , 25-52. 2003.
- [16] Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración de los derechos del niño. Resolución 1386 (XIV). 1959.
- [17] Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos del niño. Resolución 44/25. 1989.
- [18] Oficina del alto comisionado de los derechos humanos. Estatus de los principales instrumentos internacionales de los derechos humanos. 2003.
- [19] Comité de los derechos del Niño. Convenio relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de Adopción internacional. 1993.
- [20] Comité de los derechos del Niño. Observaciones finales del comité de los derechos del niño Junio de 2002. 2002. 30º periodo de sesiones.
- [21] Observatorio de la infancia. Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2006-2009. 2007. Ministerio de trabajo y asuntos sociales.
- [22] Consejería de Asuntos sociales. Ley 1/1998, de 20 de Abril de los derechos y la atención del menor. 1998.
- [23] Dirección General de Acción Social dMyIF. Estadística básica de protección a la infancia. 2003. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- [24] Dirección General de Infancia y Familias. Consejería para la igualdad y bienestar social. Junta de Andalucía. Acogimiento residencial de menores. Decreto 355/2003 de 16 de Diciembre. 1-67. 2003.
- [25] Consejería para la igualdad y bienestar social. Orden de 16 de Abril de 2001, por la que se regula la cooperación entre la consejería y las entidades

- colaboradoras en el acogimiento residencial de menores. 2001. BOJA 50 del 03/05/2001.
- [26] Consejería para la igualdad y bienestar social. Orden del 13 de Julio de 2005 por la que se aprueba el Proyecto Educativo Marco para los centros de protección de menores en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía. 2005. BOJA num.150.
- [27] Consejería para la igualdad y bienestar social. Orden del 9 de Noviembre de 2005 por la que se regula la cooperación entre la consejería y las entidades colaboradoras en el acogimiento residencial en Centros de Protección de Menores. 2005. BOJA num 222.
- [28] Observatorio de la infancia. Estadística básica de medidas de protección a la infancia. 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- [29] Comisión especial de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines. Informe de la comisión especial de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines. 1-54. 2010. Boletín oficial de las cortes generales, BOCG, Senado.
- [30] Committee on the Rigths of the Child Fifty-fifth session CRC/c/ESP/CO/3-4. Consideration or reports submitted by states parties under article 44 of the convention. 2010. Convention on the Rigths of the Child.
- [31] Olivan Gonzalvo G. Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en Centros de Acogida. *An Pediatría* 50[2], 151-155. 1999.
- [32] Cortés Lozano A, Sanchez Zamora EJ, Zahonero Coba MM. Estudio descriptivo de la población infantil de un centro de acogida. *Acta Pediatr* 58, 339-343. 2000.
- [33] Nathanson D, Tzioumi D. Health needs of Australian children living in out-of-home care. *Paediatrics and Child Health* 43, 695-699. 2007.
- [34] Steele JS, Buchi KF. Medical and Mental Health of Children Entering the Utah Care System. *Pediatrics* 122[3], 703-709. 2008.
- [35] Zahonero M. Acogida en instituciones. In: Oñorbe M, García Baquero M, Díaz Huertas JA, editors. *Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario*. Madrid: Consejería de salud, 1995: 212-217.

- [36] Olivan Gonzalvo G. Niños y adolescentes en acogimiento transitorio: problemas de salud y directrices para su cuidado. *An Pediatría* 58[2], 128-135. 2003.
- [37] Fernandez del Valle J, López M, Montserrat C, Bravo A. El acogimiento familiar en España. Una evaluación de resultados. 2008. Ministerio de trabajo y asuntos sociales.
- [38] Martín Martín V, Loredó Abdala A. Estado de nutrición en niños víctimas de abuso físico y de abuso sexual. *Revista de investigación clínica* 62[6], 524-531. 2010.
- [39] Rodríguez Carrasco J, Rivera Cuello M, López García JM, Uberos J, Peñalver Sánchez MA, Muñoz Hoyos A. Salud bucodental en menores institucionalizados de Granada. *Bol SPAO* 3, 74-95. 2009.
- [40] Hill CM, Watkins J. Statutory health assessments for looked-after children: what do they achieve? *Child Care Health Development* 29, 3-13. 2003.
- [41] American Academy of Pediatrics. Committee on Early Childhood AaDC. Health care of young children in foster care. *Pediatrics* 109, 536-541. 2002.
- [42] Nathanson D, Gillian L, Tzioumi D. Children in out-of-home care: Does routine health screening improve outcomes? *Paediatrics and Child Health* 45, 665-669. 2009.
- [43] Hjern A, Vinnerljung B. Healthcare for children in foster and residential care. *Acta Pediatr* 91, 1153-1154. 2002.
- [44] Jee S, Barth R, Szilagyi M, Szilagyi P. Factors associated with chronic conditions among children in foster care. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2006;17(2):328-341.
- [45] Pecora PJ, Jensen PS, Hunter L, Jackson L, Ortiz A. Mental health services for children placed in foster care: an overview of current challenges. *Child welfare*. 2009;88(1):5-26.
- [46] Olivan Gonzalvo G. Maltreatment histories and mental health problems are common among runaway adolescents in Spain. *Acta Pediatr* 91, 1274-1275. 2002.

- [47] Ford JD, Coutois CA, Steele K, Van der Hart O, Nijenhuis ERS. Treatment of complex posttraumatic self-disregulation. *Journal of traumatic stress* 18, 437-476. 2005.
- [48] Stirling J, Amaya-Jackson L. Understanding the Behavioral and Emotional Consequences of Child Abuse. *Pediatrics* 122[3], 667-673. 2008.
- [49] Dos Reis S, Zito JM, Safer DJ, Soeken KL. Mental health services for youths in Foster care and disables youths. *Am J Public Health* 91, 1094-1099. 2001.
- [50] Van der Kolk BA. The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and adolescent clinics of North America* 12, 293-317. 2003.
- [51] Majer M, Nater MU, Lin JM, Capuron L, Reeves W. Association of childhood trauma with cognitive function in healthy adults: a pilot study. *BMC Neurology* 10[61], 3-10. 2010.
- [52] Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin L, Eloff A, Dafer R, Stein MD, et al. Childhood maltreatment and migraine (Part I). Prevalence and adult revictimization: a multicenter headache clinic survey. *Headache* 50, 20-31. 2010.
- [53] Fernandez del Valle J, Sainero Rodríguez AM, Llanos López A, Bravo Arteaga A. Menores bajo medidas de protección que presentan trastornos de conducta u otros problemas de salud mental en la red de acogimiento residencial de la Junta de Extremadura. 2010. Ministerio de Sanidad y política social.
- [54] Berger LM, Bruch SK, Johnson EI, James S, Rubin D. Estimating de "impact" of out-of-home placement on child well-being:Approaching the problem of Selection Bias. *Child Development* 80, 1856-1876. 2009.
- [55] Grupo de trabajo nyrbdlnecdar. Necesidades y respuestas biopsicosociales de los niños atendidos en centros de acogimiento residencial. Texto borrador. 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- [56] Olivan Gonzalvo G, Fleeta Zaragozano J, Baselga Asensio C, Andrés Sanz J, Magaña Hernández M, Nuel Quílez R. Centros de Acogida de Menores. *An Pediatría* 41[2], 97-101. 1994.
- [57] Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, et al. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on adolescent health. *JAMA* 278, 823-832. 1997.

- [58] Braveman PA, Egerter S, Mockenhaupt RE. Broadening the focus. The need to address the social determinants of health. *American Journal of Preventive Medicine* 40[1S1], 4-18. 2011.
- [59] Bzostek SH, Beck AN. Familial instability and young children's physical health. *Social Science & Medicine* 73, 282-292. 2011.
- [60] Taussing Hn. Risk behaviors in maltreated youth placed in foster care:A longitudinal study of protective a vulnerability factors. *Child Abuse & Neglect* 26, 1179-1199. 2002.
- [61] Clark DB, Thatcher DL, Martin CS. Child abuse and other traumatic experiences, alcohol use disorders, and health problems in adolescence and young adulthood. *Journal of pediatric Psychology* 35[5], 499-510. 2010.
- [62] Leslie LK, Sigrid J, Monn A, Kauten M, Jinjin Z, Aarons G. Health-Risk Behaviors in Young Adolescents in the Child Welfare System. *Journal of Adolescent Health* 47, 26-34. 2010.
- [63] Zetlin A. The experiences of foster children and youth in special education. *J Intellect Dev Disabil* 31[3], 161-165. 2006.
- [64] Bruska D. Children in foster care: a population at risk. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 21[2], 70-77. 2008.
- [65] Pears K, Fisher P. Developmental, cognitive and neuropsychological functioning in preschool -aged foster children:associations with prior maltreatment and placement history. *Developmental and behavioral pediatrics* 26[2], 112-122. 2005.
- [66] Oliván Gonzalvo G. Catch-up growth assessment in long-term physically neglected and emotionally abused preschool age male children. *Child Abuse & Neglect* 27, 103-108. 2003.
- [67] Senovilla Hernández D. Situación y tratamiento de los menores no acompañados en Europa. 2007. Observatorio Internacional de Justicia Juvenil.
- [68] Observatorio de la infancia de Andalucía. Menores Extranjeros. 2009.

- [69] Prada FA, Bocija MC, Regadera M, Sánchez A. La condición de inmigrantes 1ª, 2ª y 3ª generación. In: Ministerio de Sanidad y Consumo, editor. Informe Salud Infancia Adolescencia y Sociedad. 2007: 113-121.
- [70] Asociación pro derechos humanos de Andalucía. Menores extranjeros no acompañados en Andalucía. Entre la represión y la protección. 3-48. 2006.
- [71] Gómez de Terreros I. El niño inmigrante. Reflexiones pediátrico-sociales. In: Sociedad de Pediatría Social, editor. Salud Infancia Adolescencia Sociedad (SIAS 4). 1999: 167-172.
- [72] Olivan Gonzalvo G. Menores extranjeros en el sistema de protección de la Comunidad de Aragón (España). An Pediatría 60[1], 35-41. 2004.
- [73] Olivan G. Evaluación del estado de salud y nutrición de los adolescentes inmigrantes ilegales de origen magrebí. An Esp Pediatr 53, 17-20. 2000.
- [74] Child welfare League of America. Standars for health care services for children in out-of-home care. 1988. Washington DC.
- [75] Child welfare League of America. Standars of excellence for health care services for children in out of home care. 2007. Washington.
- [76] Brines J. Ensayo sobre el nacimiento y desarrollo de la pediatría. 2002. Generalitat Valenciana.
- [77] Nieto M. Prólogo. In: Sociedad de Pediatría Social, editor. Sevilla: 1999.
- [78] Aguilar Cordero MI. Influencias de la institucionalización y distintos modelos de acogida sobre el crecimiento, el desarrollo y el comportamiento en el síndrome de carencia afectiva. 1994.
- [79] Saiz de Marco A. Aspectos preventivos, clínicos y catecolaminérgicos en el S.C.A 2000.
- [80] Rodríguez Carrasco J. Salud bucodental en menores institucionalizados 2010.
- [81] Díaz Huertas JA, Benítez Robredo MT, Muñoz A, Ruiz Díaz MA. Salud de la Infancia y de la adolescencia en España: Situación actual y propuestas de mejora. In: Ministerio de Sanidad y Consumo, Sociedad de Pediatría Social,

editors. Aspectos relativos a la salud de la infancia y de la adolescencia en España (SIAS 6). 2007: 7-23.

- [82] Cole T, Bellizi M, Flegal K, Dietz W. Establishing a standar definition for child overweight and obesity worldwide:international survey. British Medical Journal 320, 1-6. 2000.
- [83] Sobradillo B, Aguirre A, Aresti U, Bilbao A, Fernández -Ramos C, Lizárraga A, et al. Curvas y tablas de crecimiento. Estudio longitudinal y transversal. Fundacion Faustino Obergozo Eizaguirre ed. Bilbao: 2004.
- [84] Gibbons J. Nonparametric methods for quantitative analysis. 2 ed. Ohio: 1985.
- [85] Carrasco de la Peña J. Estadística analítica. In: Ciencia 3, editor. El método estadístico en la investigación médica. 3 ed. Madrid: 1986: 189-210.
- [86] Doménech JM. Análisis multivarante:modelos de regresión. Regresión logística multinomial. Regresión de Poisson. 1 ed. Barcelona: UD10, 2004.

## **6. CONCLUSIONES**



En virtud de los resultados obtenidos, las conclusiones del presente trabajo son:

- 1) El estado de salud de los menores institucionalizados se puede considerar, en líneas generales adecuado, aunque, la existencia de problemas de salud físicos y psíquicos específicos obliga a una atención pediátrica protocolizada y centrada en la detección y abordaje de los mismos.
- 2) EL grupo de menores de 6 a 12 años debe ser considerado como de alto riesgo en el marco de la institucionalización, dadas las altas tasas de necesidades sanitarias y sociales detectadas.
- 3) Consideramos imprescindible la elaboración de protocolos sanitarios específicos de valoración y seguimiento de los menores institucionalizados, así como, la sistematización y registro de los mismos, para dotarles de una historia clínica coherente y adecuada a sus circunstancias sociales.
- 4) Es necesaria la elaboración de planes específicos de atención a los Menores Extranjeros no Acompañados en términos sanitarios, educativos y sociales para una adecuada atención de los mismos, dadas las diferencias encontradas con el grupo de menores autóctonos en todos los aspectos analizados.
- 5) Aunque somos conscientes de las dificultades que entraña legislar sobre esta materia, creemos que, a la luz de los resultados obtenidos y otras experiencias similares de países de nuestro entorno, se deben tener en cuenta los resultados que proceden de investigaciones como la que presentamos para la elaboración de una legislación acorde con la realidad de este grupo social.

# **INFORME PRESENTADO A LA DELEGACIÓN DE IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL**



# **ANÁLISIS BIOPSIICOSOCIAL DE LOS MENORES EN PROGRAMA RESIDENCIAL BÁSICO EN LA PROVINCIA DE GRANADA.**

**Presentación de resultados y propuestas de mejora**

**Delegación de Igualdad y Bienestar social. Provincia de Granada**

**Equipo de coordinación de los centros de acogida**

**Granada 1 de Febrero de 2012.**

*Proyecto de Investigación del grupo de trabajo "Subnormalidad y Desarrollo".  
Departamento de Pediatría. Universidad de Granada.*

*Mercedes Rivera Cuello.*

## 1.INTRODUCCIÓN

Desde hace más de dos décadas, nuestro grupo de investigación “Subnormalidad y desarrollo” del departamento de Pediatría de la Universidad de Granada, viene realizando diversos estudios en menores en riesgo social con especial interés por los menores en sistema de protección, con la finalidad de un mejor conocimiento de las características clínicas, sociales y psicológicas que definen este colectivo para facilitar protocolos y medidas de actuación acordes a la problemática específica que presentan.

La necesidad de hacer visible la infancia y la adolescencia se considera una prioridad dentro de las estrategias de abordaje de salud pública y para el desarrollo del Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia.

La población infantil en riesgo social constituye uno de los sectores de la infancia más vulnerable, dada sus singulares características de desprotección en todos los aspectos, es por ello que, en los últimos años la legislación vigente en esta materia así como el modelo de protección existente están siendo sometidos a un periodo de reevaluación para la adecuación a las exigencias y necesidades específicas de los menores integrantes del sistema, siendo objeto del sexto objetivo estratégico del plan mencionado, así como, de varios grupos de trabajo y comisiones a nivel estatal y científico.

En este contexto de evaluación e investigación del sistema de protección es donde se enmarca el proyecto que presentamos, llevado a cabo tras la petición de los permisos pertinentes a las autoridades competentes. Nuestro estudio se

centró en los menores que residen en centros de larga estancia, los cuales constituyen, hasta la fecha, el grupo mayoritario, atendiendo a una concepción global de salud nos propusimos el estudio de los aspectos físicos, psíquicos y sociales de los mismos. El trabajo de campo, donde se obtuvieron los resultados analizados, tuvo lugar durante el primer trimestre de 2007, mediante la realización de tres visitas a cada centro en donde se llevaron a cabo: la revisión de todos los expedientes de los menores, la exploración clínica de los mismos y una entrevista con el personal del centro asignado (directores y/o educadores).

En las páginas a continuación resumimos los principales resultados obtenidos, divididos en 3 bloques: situación clínica, seguimiento sanitario y factores de riesgo sociosanitario.

## **2. RESULTADOS**

### **2.1 SITUACIÓN CLÍNICA**

#### RESULTADOS

En el periodo que duró el estudio el 100% de las plazas de los centros estaban ocupadas con lo que la muestra resultante fue de 294 menores. Las pérdidas observadas, entre 3%-10% según la variable (tabla 1), se deben a 3 factores, en el caso de las variables exploratorias a la ausencia del menor el día que se programó la visita en el centro o a exploraciones catalogadas como nulas por ausencia de colaboración y en el caso de las variables de la historia clínica por ausencia de dicha información en los expedientes revisados.

Se observa un predominio de varones del 75.9% y una edad media de 13.6 años. La prevalencia de Menores Extranjeros no Acompañados (MENA) en nuestra

serie fue del 43.5%, la práctica totalidad de los mismos mayores de 13 años, siendo el 94.1% de origen marroquí.

En cuanto al estado nutricional de los menores destaca una prevalencia de sobrepeso del 18.8%, de los cuales un 26% se encuentran en rango de obesidad, y una prevalencia de bajo peso inferior al 4%. Existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos etarios observándose que el grupo de 6-12 años agrupa mayor número de menores con sobrepeso y el de 0-5 años mayores niveles de desnutrición, hasta el 11.1%.

En cuanto al resto de la exploración prevalecen las alteraciones a nivel otorrinolaringológico (ORL) las cuales están presentes en el 63.9% de los menores estudiados, seguidas de las dermatológicas, 34.9%. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre grupos en ambos casos, siendo más frecuentes en los menores de 12 años. El resto de alteraciones objetivadas en la exploración tienen una prevalencia inferior al 10% exceptuando la presencia de diagnóstico psicopatológico que alcanza valores del 13.1%. No existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos excepto para las anomalías neurológicas que a pesar de suponer una prevalencia del 2.1% del total de la muestra son significativamente mayores en los menores de 12 años. Se evaluó la existencia de distocias sociales objetivándose la presencia de las mismas en un 28.1% de los menores, siendo más frecuentes en los mayores de 6 años.

Se analizaron más pormenorizadamente los datos de las exploraciones otorrinolaringológicas (tabla 2) y dermatológicas (tabla 3) respectivamente. En la exploración ORL destaca como hallazgo principal la existencia de un tímpano

deslustrado u opaco hasta en el 68% de los casos sin otra sintomatología acompañante. Destacar el hallazgo de cuerpo extraño en CAE en 3 de los menores (2.5%) los cuales fueron derivados al servicio de urgencias ante la imposibilidad de su extracción en el centro, los casos de patología aguda (OMA, 3.6% y IRA, 1.7%) fueron más prevalentes en el grupo de 0-5 años y se encontraban en tratamiento en el momento de la exploración. En cuanto a la exploración dermatológica destaca el hallazgo de cicatrices compatibles con violencia (49.5%) consistentes en su mayoría en quemaduras y cortes transversales paralelos en la región interna del antebrazo, siendo más frecuentes en el grupo de 13-18 años. Los menores por debajo de 12 años presentan mayor número de eccemas atópicos así como lesiones dermatológicas diversas: lesiones antiguas de varicela e impétigo, falta de hidratación, estrías y cicatrices no compatibles con violencia etc.. Destacar el hallazgo de 2 procesos infecciosos agudos uno de los cuales se derivó al servicio de urgencias por tratarse de un forúnculo abcesificado que precisó drenaje quirúrgico.

En cuanto al seguimiento en consultas especializadas se aprecia que hasta un 39.7% de los menores se encuentran en seguimiento en alguna consulta siendo el tratamiento odontológico el más frecuente (57%) de estos, hasta el 66.2%, se encontraban además en seguimiento en alguna otra de las consultas enumeradas, a este respecto existen diferencias entre grupos de edad. Los menores de 6-12 años son los que más seguimiento sanitario precisan seguidos de los de 13-18 años siendo el grupo menos demandante el de 0-5 años.

Por último, en cuanto al tiempo de estancia en la institución de los menores la media es de 14 meses (0-120 meses) observándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos etarios, siendo el grupo de 6-12 años el que

presenta estancias más prolongadas. Los datos de la regresión lineal entre el tiempo de estancia en la institución y las variables estudiadas muestran una asociación significativa para tres de las mismas. La condición de MENA se asocia con estancias hasta 6.7 meses más cortas que la de los menores españoles ( $p=0.001$ ). En cuanto a la presencia de dolencias de carácter crónico, el diagnóstico de psicopatología se asocia a estancias 2.7 meses mayores ( $p=0.007$ ). Para el seguimiento en consultas especializadas existe un incremento lineal de 7.3 meses de la estancia, llegando a ser 58.3 meses más prolongada la estancia de los menores en seguimiento por odontología y otra consulta que la de los menores que no precisan ningún seguimiento ( $p=0.01$ ).

## DISCUSIÓN

Los datos sociodemográficos obtenidos responden al modelo de cambio que el acogimiento residencial está experimentando en las últimas décadas en nuestro país, caracterizado principalmente por un aumento progresivo de la edad de los menores atendidos así como por estancias más cortas de los mismos y condicionado por el progresivo aumento de las tasas de MENA como parte del fenómeno migratorio social que vive nuestra sociedad <sup>10,11</sup>. En este sentido, la media de edad encontrada en nuestra serie fue de 13.6 años, y la prevalencia de MENA del 43.5% valores muy superiores a los publicados en otras series en nuestro medio. <sup>12-14</sup>.

En cuanto al estado nutricional se aprecia una prevalencia de bajo peso global inferior al 4%, destacando que son los menores de 0-5 años los que presentan cifras más elevadas, 11.1%. En cambio, la prevalencia de sobrepeso y obesidad es mayor, del 13.9% y 4.9% respectivamente, siendo la franja de 6-12 años la que

presenta cifras de obesidad superiores, 10.7%. Los datos publicados sobre obesidad infantil en la población general a nivel nacional y autonómico, si bien objetivan diferencias entre grupos equiparables a las de nuestra serie, refieren cifras de sobrepeso y obesidad superiores del 26.1% y 19.1% respectivamente <sup>15,16</sup>. Los estudios recientes publicados en población infantil de similares características a nivel nacional e internacional arrojan resultados equiparables en cuanto a la prevalencia y a las diferencias nutricionales observadas entre grupos para los datos de desnutrición, no así en cuanto a la prevalencia de sobrepeso, con resultados algo superiores incluso con valores más altos que los de la población infantil general en algunas publicaciones y observando una mayor prevalencia en el grupo de adolescentes de 13-18 años. <sup>6,17,18</sup>.

Las alteraciones detectadas en la exploración física (tabla 1) se concentran principalmente en alteraciones otorrinolaringológicas 63.9% y dermatológicas 34.9% respectivamente, siendo los hallazgos más frecuentes la existencia de un tímpano deslustrado así como la presencia de cicatrices compatibles con violencia, observándose diferencias entre grupos etarios. En cuanto a la exploración ORL destacar que en el grupo de 0-5 años es más frecuente la patología aguda y en el caso de la exploración dermatológica, los menores de 12 años presentan mayor prevalencia de atopia así como de otro tipo de patologías especificadas en el apartado anterior. Comparando estos datos con los existentes en la literatura y asumiendo las diferencias metodológicas comentadas, se aprecia que la prevalencia de alteraciones dermatológicas, las características de las mismas y las diferencias entre grupos son equiparables a las de otros estudios. En cambio, en la exploración ORL, destaca el elevado número de hallazgos patológicos respecto a estudios previos que detectan alteraciones ORL

en el momento del acogimiento de los menores en el 7-28% de los casos según las series <sup>5,6,12</sup>. En este sentido, aunque no se han realizado otras exploraciones ORL, como hemos descrito con anterioridad en otros trabajos, el diagnóstico más frecuente es la otitis media serosa.

La presencia de alteraciones psicopatológicas en menores en sistema de protección es muy elevada según todos los estudios analizados, se han descrito cifras de hasta el 80% si asumimos dentro de este grupo alteraciones del comportamiento o distocias sociales que han requerido cualquier tipo de intervención <sup>5,6,19</sup>. La presencia de diagnóstico psicopatológico en nuestra muestra fue del 13.1%, en este grupo no se incluyen alteraciones del comportamiento o distocias sociales detectadas por el personal del centro que están presentes en el 28.1% de los menores, siendo más frecuentes a partir de los 6 años, por tanto en nuestra serie la existencia de menores afectados de cualquier tipo de psicopatología o alteración del comportamiento supone un 41.2% del total. En un estudio realizado en Extremadura se observó que el 22% de los menores en centros de acogida se encontraban en tratamiento psicoterápico, cifra que ascendía al 37.5% si se incluían aquellos menores que presentaban conductas disruptivas. Durante el estudio se detectaron un elevado número de trastornos internalizantes (ansiedad, depresión...) que no habían sido diagnosticados previamente, poniendo de manifiesto el infradiagnóstico de este tipo de procesos, la cifra de menores que podrían estar necesitando atención terapéutica, según los autores, era del 66% <sup>20</sup>.

En cuanto al seguimiento de los menores en consultas especializadas por presencia de patologías crónicas se aprecia que 2 de cada 5 menores (40%) precisan algún tipo de seguimiento, siendo la demanda más frecuente la

odontológica junto con las unidades de salud mental y el grupo más demandante el de 6-12 años. En un estudio realizado en Estados Unidos en el 2006 <sup>21</sup> sobre la presencia de patología crónica en menores en el sistema de protección, se observó que hasta el 40% presentaban algún tipo de patología crónica física, siendo la más frecuente la patología respiratoria (32.8%). La prevalencia de patología mental fue de un 52% .

Por último en cuanto al tiempo de estancia en la institución la media en nuestra serie supera el año, el tiempo de estancia recomendado, sin existir ningún plazo máximo estipulado, en las institucionalizaciones es de menos de 6 meses<sup>2</sup>. El análisis de la asociación entre el tiempo de estancia en la institución con el resto de variables arroja resultados de interés desde el punto de vista del seguimiento sanitario ya que se aprecian estancias más prolongadas en los menores con mayores necesidades sanitarias, aquellos con diagnóstico psicopatológico y/o con seguimiento en consultas especializadas por dolencias crónicas. La condición de transversalidad de nuestro estudio nos impide obtener conclusiones de causalidad a este respecto para lo que serían necesarios estudios longitudinales.

A modo de conclusiones destacar la evidencia del cambio de población atendida en los centros de acogida con un claro predominio de adolescentes y altas tasas de menores no acompañados en nuestro medio. El estado de salud de los menores institucionalizados se podría considerar en líneas generales adecuado, destacando la necesidad de derivación a urgencias en el 1.36% de las exploraciones. Las principales diferencias con la población general derivan de la existencia de tasas de desnutrición algo superiores en los menores de 0-5 años y una alta prevalencia de patología ORL, dermatológica, mental y conductual así como un seguimiento en consultas especializadas de hasta el 40%. Según la

literatura revisada, basada en los estudios de salud de los menores a su entrada en el sistema de protección, no existen diferencias significativas con otras series, a excepción de la alta patología ORL encontrada, con lo que podría pensarse que dicha diferencia es debida a la institucionalización de los menores, siendo necesarios estudios prospectivos en este sentido. Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad del seguimiento de protocolos específicos de control de los menores institucionalizados para la prevención y control de dichas patologías<sup>4</sup>.

Destacar la asociación entre el tiempo de estancia en la institución y las mayores demandas sanitarias de los menores, evidencia que apoya la necesidad de fijación de plazos máximos en la institucionalización así como la conveniencia de la especialización progresiva de los centros para dar una adecuada atención a los menores. Por último, debe ser objeto de reflexión la vulnerabilidad del grupo de 6-12 años que según los expertos es el que presenta más dificultades para la adopción de otras medidas de protección, ya que, conforme a los datos obtenidos, son los que presentan mayores estancias en la institución y agrupan el mayor número de necesidades sanitarias.

En definitiva, consideramos que aunque en este artículo se abordan problemas sanitarios, son un buen reflejo de la situación social de estos niños y de cara a los cambios legislativos que se avecinan deberían ser un punto de reflexión sobre el futuro. En esta misma línea creemos que la experiencia de Suecia, país donde la inversión de las cifras de menores institucionalizados y menores en acogimiento familiar se produjo hace más de una década, comunicada por A. Hjern debe hacernos reflexionar<sup>22</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

- [1] Observatorio de la infancia. Estadística básica de medidas de protección a la infancia. 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- [2] Comisión especial de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines. Informe de la comisión especial de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines. 1-54. 2010. Boletín oficial de las cortes generales, BOCG, Senado.
- [3] American Academy of Pediatrics. Committee on Early Childhood AaDC. Health care of young children in foster care. Pediatrics 2002; 109: 536-541.
- [4] Olivan Gonzalvo G. Niños y adolescentes en acogimiento transitorio: problemas de salud y directrices para su cuidado. An Pediatr (Barc) 2003; 58 (2): 128-135.
- [5] Nathanson D, Tzioumi D. Health needs of Australian children living in out-of-home care. Paediatrics and Child Health 2007; 43: 695-699.
- [6] Steele JS, Buchi KF. Medical and Mental Health of Children Entering the Utah Care System. Pediatrics 2008; 122 (3): 703-709.
- [7] Dirección General de Infancia y Familias. Consejería para la igualdad y bienestar social. Junta de Andalucía. Acogimiento residencial de menores. Decreto 355/2003 de 16 de Diciembre. 1-67. 2003.
- [8] Cole T, Bellizi M, Flegal K, Dietz W. Establishing a standar definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1-6.

- [9] Sobradillo B, Aguirre A, Aresti U, Bilbao A, Fernández -Ramos C, Lizárraga A, et al. Curvas y tablas de crecimiento. Estudio longitudinal y transversal. Fundacion Faustino Obergozo Eizaguirre ed. Bilbao: 2004.
- 10] Fernandez del Valle J, Fuertes Zurita J. El gran cambio de los ochenta y las nuevas tendencias. En: Fernández del valle, Fuertes Zurita . El acogimiento residencial en la protección a la infancia. Madrid, Ediciones Pirámide, 2000. p: 23-32.
- [11] Bravo Rodríguez Rosa. La situación de menores no acompañados en España.: Council of europe; 2005 1-32.
- [12] Olivan Gonzalvo G. Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en Centros de Acogida. An Esp Pediatr 1999; 50 (2): 151-155.
- [13] Cortés Lozano A, Sanchez Zamora EJ, Zahonero Coba MM. Estudio descriptivo de la población infantil de un centro de acogida. Acta Pediatr 2000; 58: 339-343.
- [14] Olivan Gonzalvo G. Menores extranjeros en el sistema de protección de la Comunidad de Aragón (España). An Pediatr (Barc) 2004; 60 (1): 35-41.
- [15] Serra Majen L, Ribas Barba L, Arancena Bartrina J, Perez Rodrigo C, Saavedra Santana P. Epidemiología de la obesidad infantil en España. Resultados del estudio Enkid (1998-2000). In: Masson, editor. Obesidad infantil y juvenil. Estudio en Kid. 2001: 81-108.
- [16] Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio de prevalencia de obesidad infantil ALADINO (Alimentación, Actividad física,

- Desarrollo Infantil y Obesidad). 2011. Ministerio de sanidad, política social e igualdad.
- [17] Villazón González F, Díaz Cadórniga F., Menéndez Patterson A. Valoración de los efectos de un programa de educación nutricional sobre los datos antropométricos y bioquímicos de los niños de los centros de acogida del principado de Asturias. *Endocrinol Nutr* 2002; 49(2): 43-47.
- [18] Martín Martín V, Loredó Abdala A. Estado de nutrición en niños víctimas de abuso físico y de abuso sexual. *Revista de investigación clínica* 2010; 62 (6): 524-531.
- [19] Pecora PJ, Jensen PS, Hunter L, Jackson L, Ortiz A. Mental health services for children placed in foster care: an overview of current challenges. *Child welfare*. 2009; 88(1):5-26.
- [20] Fernández del Valle J, Sainero Rodríguez AM, Llanos López A, Bravo Arteaga A. Menores bajo medidas de protección que presentan trastornos de conducta u otros problemas de salud mental en la red de acogimiento residencial de la Junta de Extremadura. 2010. Ministerio de Sanidad y política social.
- [21] Jee S, Barth R, Szilagyi M, Szilagyi P. Factors associated with chronic conditions among children in foster care. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2006; 17(2):328-341.
- [22] Hjern A, Vinnerljung B. Healthcare for children in foster and residential care. *Acta Paediatr* 2002; 91: 1153-1154.

**Tabla 1. Comparación entre los hallazgos en la exploración física según grupos de edad.**

Exploración		Total	0-5 años	6-12 años	13-18 años	p
Tamaño muestral		294	25	61	208	-
MENA n/%		128 (43.5%)	0	2 (3.3%)	126 (60%)	0.001
n		294	0	61	208	
Tiempo en la institución <sup>1</sup>		294	6.8	17.95	13.90	<b>0.003</b> b:0.003 c:0.002
Estado nutricional n/%	Bajo peso	9 (3.4)	2 (11.1)	0*	7 (3.6)	<b>&lt;0.01</b> b:0.007 c:0.03
	Normal	207 (77.8)	14 (77.8)	37 (66.1)*	156 (81.3)	
	Sobrepeso	37 (13.9)	1 (5.6)	13 (23.2) *	23 (11.9)	
	Obeso	13 (4.9)	1 (5.6)	6 (10.7) *	6 (3.1)	
n		266	18	56	192	
Estrabismo n/%		17 (6.01)	0	4 (7.02)	13 (6.4)	pNS
n		282	23	57	202	
Alteraciones cardiovasculares n/%		3 (1.06)	1(4.4)	1(1.8)	1(0.5)	pNS
n		282	23	57	202	
Alteraciones respiratorias n/%		15 (5.32)	3 (13.04)	2 (3.5)	10 (0.5)	pNS
n		282	23	57	202	
Alteraciones abdominales n/%		6 (2.13)	0	2 (3.5)	4 (1.9)	pNS
n		282	23	57	202	
Alteraciones ORL n/%		175 (63.9)	16 (72.7)	44 (77.2)	115 (58.9)*	<b>&lt;0.001</b> a:<0.001 b:0.002
n		274	22	57	195	
Alteraciones dermatológicas n/%		95 (34.9)	5 (22.7)	22 (39.3)	68 (35.1)	<b>0.001</b> a:0.03 b:0.001
n		272	22	56	194	

**Tabla 1 (cont.). Comparación entre los hallazgos en la exploración física según grupos de edad.**

Exploración		Total	0-5 años	6-12 años	13-18 años	p
Alteraciones SNC n/%		6 (2.1)	3 (13.04)	2 (3.5)	1(0.5)	<b>0.002</b> a:0.03
n		283	23	57	203	
Diagnóstico psicopatológico n/%		36 (13.1)	2 (12.5)	10 (18.1)	24 (11.7)	pNS
n		275	16	55	204	
Distocia social n/%		77 (28.2%)	1 (6.7%)	21 (38.2%)	55 (27.1%)	<b>0.043</b> c:0.02
n		273	15	55	203	
Seguimiento en consultas n/%	No	173 (60.3)	13 (65)	29 (55.7)	131 (60.9)	<b>0.01</b> a:0.01 b:0.03 c:0.02
	Dentista	22 (7.7)	0	1 (1.9)	21(9.8)	
	Dermatología	4 (1.4)	0	0	4 (1.9)	
	ORL	4 (1.4)	0	3 (5.7)	1 (0.5)	
	Oftalmología	14 (4.9)	0	4 (7.7)	10 (4.7)	
	USMIJ	3 (1.05)	0	1 (1.9)	2 (0.9)	
	P. familiar	4 (1.4)	0	0	4 (1.9)	
	Otros	20 (6.9)	6 (30)	2 (3.8)	12 (5.6)	
n		287	20	52	215	

1. Media del tiempo de estancia en la institución en meses. **a:** Test de Chi cuadrado entre 0-5años/13-18años. **b:**Test Chi cuadrado 6-12años/13-18años. **c:** Test Chi cuadrado 0-5años/6-12años.

**Tabla 2. Hallazgos patológicos en la exploración ORL.**

Hallazgo	Total	0-5 años	6-12 años	13-18 años
Facies adenoidea n/%	4 (2.3)	1(6.3)	1(2.3)	2 (1.7)
IRA <sup>1</sup> n/%	3 (1.7)	2 (12.5)	1(2.3)	0
Facies adenoidea + ocupación de coanas n/%	1 (0.6)	0	1(2.3)	0
Cuerpo extraño en CAE <sup>2</sup> n/%	3 (2.5)	0	2 (4.5)	1(0.9)
Tímpano deslustrado n/%	119 (68)	8 (50)	23 (52.3)	88 (76.5)
OMA <sup>3</sup> n/%	6 (3.4)	3 (18.8)	1(2.3)	2 (1.7)
Secreción en cavum n/%	7 (4)	1(6.3)	4 (9.1)	2 (1.7)
Otros n/%	32 (18.3)	1 (6.3)	11 (25)	20 (17.4)
Total	175	16	44	115

1. IRA: Infección Respiratoria Aguda. 2.CAE:Conducto Auditivo Externo. 3.OMA:Otitis Media Aguda.

**Tabla 3. Hallazgos patológicos en la exploración dermatológica.**

Hallazgo	Total	0-5 años	6-12 años	13-18 años
Eccema atópico n/%	11 (11.6)	2 (4.0)	6 (27.3)	3 (4.1)
Infecciones n/%	2 (2.1)	0	1 (4.5)	1 (1.5)
Cicatrices n/%	47 (49.5)	0	4 (18.2)	43 (63.3)
Otras n/%	35 (36.8)	3 (6.0)	11 (5.0)	21 (30.9)
Total n/%	95	5	22	68

## 2.2 CONTROLES Y REGISTRO SANITARIO

### RESULTADOS

Se revisaron un total de 294 expedientes, las pérdidas detectadas, que en algunas variables suponen un 4%, se deben a la imposibilidad de obtener la información solicitada por la inexistencia de datos concluyentes, falta de constancia en el expediente y/o desconocimiento de la información por parte de la persona entrevistada.

En cuanto a los datos demográficos, la edad media de la muestra fue de 14.2 años y la prevalencia de menores no acompañados (MENA) del 43.5%. Los niños de mayor edad así como el mayor número de MENA se encuentran en los centros públicos o gestionados por asociaciones.

Hasta en un 46.9% de los expedientes revisados no constaban informes sanitarios al ingreso sin observarse diferencias entre los centros, la mayor parte de dichos informes (48.2%) fueron emitidos por el centro de acogida inmediata o por el centro de salud. Respecto a la existencia de algún tipo de registro sanitario se constató su presencia en un 23.2% de los expedientes siendo más frecuente en los centros gestionados por órdenes religiosas.

La media global de visitas al pediatra, a urgencias y de ingresos hospitalarios es inferior a 1, se observan diferencias entre grupos en cuanto al número de visitas al pediatra siendo significativamente mayores en los menores atendidos en centros gestionados por órdenes religiosas. Destacar que son en estas variables donde existe el mayor número de casos perdidos, la mayoría de las veces por no poder obtener una información concluyente.

En cuanto al seguimiento en consultas especializadas, el 39.7% de los menores precisan revisión en al menos una consulta, de estos el 37.7% son seguidos por Odontología y otra de las consultas enumeradas (tabla 4). Destacar que todos los menores se encontraban en seguimiento psicológico por profesionales adscritos al centro según la normativa<sup>14</sup>.

Por último, la estancia media de los menores en los centros es de 14.2 meses siendo los menores de centros gestionados por ONGs y órdenes religiosas los que presentan estancias más prolongadas. Se comprobó la existencia de asociación entre el tiempo de estancia en la institución y la condición de MENA encontrándose estancias 6.7 meses inferiores a la de los menores españoles. En cuanto al número de consultas al pediatra, a los servicios de urgencias, ingresos hospitalarios y seguimiento en consultas especializadas se aprecian estancias más prolongadas de los menores con mayor demanda asistencial, a su vez, los menores en los que se objetiva la existencia de registro sanitario presentan estancias 4.52 meses más prolongadas que los menores en los que no existe registro sanitario alguno.

## DISCUSIÓN

Los resultados demográficos obtenidos concuerdan con la tendencia progresiva a buscar alternativas al acogimiento residencial para los niños más pequeños, hecho que

justifica una edad media de los menores de 14.1 años, así como a un progresivo aumento de la presencia de MENA en los centros de acogida, llegando a suponer en nuestra serie el 50% de la población atendida.

En cuanto a la gestión de los centros se observa que la mitad de los menores se encuentran en centros concertados gestionados por órdenes religiosas. La menor representación la tienen los centros públicos en los cuales, en nuestro medio, únicamente se atiende a MENA que según nuestros resultados son los que menores tiempo de estancia registran.

Según el informe de la comisión especial del senado publicado en 2010 <sup>2</sup> la diversidad de modelos de gestión y tipos de centros de acogida en el sistema de protección estatal dificulta la atención equitativa de los menores siendo necesaria la homogenización de los mismos, por este motivo nos planteamos establecer la comparación entre los diferentes modelos de gestión de los centros en cuanto al seguimiento sanitario procurado.

En lo referente al informe sanitario al ingreso se aprecia que hasta en el 46.9% de los expedientes revisados no constaba dicho informe, sin apreciar diferencias significativas entre los centros. Son numerosas las referencias en la literatura sobre la necesidad de la realización de una exploración específica y un examen básico de salud de los menores en el momento del ingreso en el sistema de protección, siendo la detección de cualquier tipo de patología física o mental muy frecuente en este sector del 54% al 77% <sup>(3-5)</sup>.

En estudios realizados en Estados Unidos se demostró la dificultad de detección de dolencias físicas y psíquicas de los menores por parte del personal del servicio de protección, de forma que, la falta de exámenes al ingreso o seguimientos pediátricos

específicos podría ocasionar el detrimento de la salud de los menores <sup>10</sup>. A este respecto, además de la realización del examen inicial, recomendado pediátricamente y estipulado por ley, se recomienda la realización de consultas de seguimiento pediátricas sucesivas durante la estancia de los menores en los centros <sup>(8,15)</sup>. En nuestra muestra se aprecia que la media de visitas pediátricas de las que existe constancia en los expedientes es inferior a 1, se objetivan diferencias estadísticamente significativas entre grupos, siendo los menores residentes en centros gestionados por órdenes religiosas en los que consta mayor número de visitas al pediatra, advertir que son estos centros, junto con los gestionados por ONGs, los que atienden menores más pequeños y en los que existen mayor número de registros sanitarios.

No existe ninguna normativa, estatal o autonómica, que, respecto de los menores regule, el tipo de controles sanitarios ni el registro de los mismos, a este respecto nos propusimos evaluar el grado de accesibilidad a la historia sanitaria del menor mediante cualquier registro interno del centro, habida cuenta de las dificultades detectadas en estudios previos para el seguimiento sanitario de este sector de la población <sup>(4,8,11)</sup>. La existencia de algún tipo de registro sanitario (clasificación y constancia de informes clínicos, calendario de citas y diagnósticos o anotaciones protocolizadas al respecto en los expedientes) se constató únicamente en el 22%, siendo más frecuente en aquellos centros gestionados por órdenes religiosas, seguidos por los gestionados por ONGs y nulo en el caso de los centros públicos. Esta falta de registro de los controles sanitarios de los menores en el sistema de protección, en gran parte atribuida a la movilidad de los menores durante su estancia en el mismo <sup>7,8</sup>, ha sido solucionada en otros países mediante la creación del llamado “pasaporte sanitario” donde, de forma protocolizada, se hace constar por parte del personal sanitario cualquier tipo de atención dispensada, este documento se adjunta al expediente del menor siendo

facilitado a la persona que en cada momento este a su cargo <sup>8,16,17</sup>. Apuntar que una limitación de nuestro estudio es el desconocimiento del número de centros o familias en las que han residido los menores, en algunos estudios la prevalencia de menores que han estado al menos en más de un centro es del 50% y hasta un 16% en más de cuatro <sup>5</sup>, lo que se considera un condicionante de la falta de registros sanitarios.

Con todo lo expuesto resulta llamativa la alta prevalencia de seguimiento en consultas especializadas de los menores, hasta el 40% se encuentran en seguimiento, al menos en una consulta y de éstos el 37% están en seguimiento en más de una, dentista y unidad de salud mental con más frecuencia, dicha información, a pesar de la no existencia de registro en el expediente en muchos casos, fue facilitada por el personal del centro. Estos datos ponen de manifiesto la alta detección de patología física y/o mental en los exámenes de salud realizados al ingreso, hasta un 72.6% de los menores en los que consta el informe de ingreso se encuentran en seguimiento especializado. En un estudio realizado en Sydney, en el que se valoraba el grado de cumplimiento de las recomendaciones médicas realizadas en el momento del ingreso de los menores, se observó que, tras 10 meses, hasta en un 21.5% de los casos no se habían cumplido dichas recomendaciones, e incluso, en un 10% no se tenía conocimiento de las mismas. La variabilidad de cuidadores, la alta movilidad de los menores, así como la falta de adaptación del sistema sanitario a estas situaciones (listas de espera, protocolos de derivación..), son referidas como las principales causas <sup>18</sup>. En nuestro estudio estos datos no fueron registrados, pero estas mismas podrían considerarse algunas de las causas que justifican la falta de seguimiento sanitario en los menores de centros públicos que cuentan con medias de estancias inferiores a los 5 meses.

Por último, atendiendo a la asociación entre el tiempo de estancia en la institución y el seguimiento sanitario, se observa que los menores que cuentan con mayor número de

visitas al pediatra, servicios de urgencias e ingresos hospitalarios presentan estancias más prolongadas, resultados que podrían considerarse esperables. Sin embargo, el dato de que sean los menores cuyos informes procedan del hospital o del médico especialista, así como, el hecho de que los que tienen registro sanitario sean los que cuentan con estancias más prolongadas, puede hacer pensar que el presentar algún tipo de enfermedad que requiera ingresos y controles seriados condiciona mayores tiempos de institucionalización, no obstante, para llegar a esta afirmación sería necesaria la realización de estudios longitudinales.

Como conclusiones de nuestro trabajo cabe destacar la falta de constancia de informes sanitarios al ingreso así como de las revisiones médicas de los menores. Dichos datos contrastan con la alta demanda de atención especializada por parte de este sector de la población lo que pone de relieve las necesidades sanitarias específicas de estos menores. Se observa una falta de homogenización respecto a la metodología empleada en los diferentes centros, más llamativa entre los de gestión concertada y pública, lo que conlleva situaciones de inequidad dentro del sistema de protección estatal.

Desde nuestro punto de vista, se hace necesaria la homogenización de los seguimientos sanitarios a los menores en el sistema de protección, tanto más en el momento actual, que se pretende la generalización del acogimiento familiar frente al institucional lo que puede aumentar la diversificación de los criterios de seguimiento, la elaboración de métodos específicos para la recogida de actos médicos evitando la pérdida de información en la historia clínica y la adaptación de los protocolos de derivación a consulta especializada para facilitar la atención de los menores.

## BIBLIOGRAFÍA

[1] Observatorio de la infancia. Estadística básica de medidas de protección a la infancia. 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social.

[2] Comisión especial de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines. Informe de la comisión especial de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines. 1-54. 2010. Boletín oficial de las cortes generales, BOCG, Senado.

[3] Olivan Gonzalvo G. Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en Centros de Acogida. *An Pediatría* 50[2], 151-155. 1999.

[4] Steele JS, Buchi KF. Medical and Mental Health of Children Entering the Utah Care System. *Pediatrics* 122[3], 703-709. 2008.

[5] Nathanson D, Tzioumi D. Health needs of Australian children living in out-of-home care. *Paediatrics and Child Health* 43, 695-699. 2007.

[6] Martín Martín V, Loredó Abdala A. Estado de nutrición en niños víctimas de abuso físico y de abuso sexual. *Revista de investigación clínica* 62[6], 524-531. 2010.

[7] Hill CM, Watkins J. Statutory health assessments for looked-after children: what do they achieve? *Child Care Health Development* 29, 3-13. 2003.

[8] American Academy of Pediatrics. Committee on Early Childhood AaDC. Health care of young children in foster care. *Pediatrics* 109, 536-541. 2002

[9] Hjern A, Vinnerljung B. Healthcare for children in foster and residential care. *Acta Paediatr* 91, 1153-1154. 2002.

[10] Jee S, Barth R, Szilagyi M, Szilagyi P. Factors associated with chronic conditions among children in foster care. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2006;17(2):328-341.

[11] Crawford M. Health of children in out-of-home care:Can we do better? Paediatrics and Child Health 42, 77-78. 2006.

[12] Consejería para la igualdad y bienestar social. Orden de 16 de Abril de 2001, por la que se regula la cooperación entre la consejería y las entidades colaboradoras en el acogimiento residencial de menores. 2001. BOJA 50 del 03/05/2001.

[13] Consejería para la igualdad y bienestar social. Orden del 9 de Noviembre de 2005 por la que se regula la cooperación entre la consejería y las entidades colaboradoras en el acogimiento residencial en Centros de Protección de Menores. 2005. BOJA num 222.

[14] Dirección General de Infancia y Familias.Consejería para la igualdad y bienestar social.Junta de Andalucía. Acogimiento residencial de menores. Decreto 355/2003 de 16 de Diciembre. 1-67. 2003.

[15] Olivan Gonzalvo G. Niños y adolescentes en acogimiento transitorio: problemas de salud y directrices para su cuidado. An Pediatría 58[2], 128-135. 2003.

[16] Simms MD, Kelly RW. Pediatricians and foster children. Child welfare. 70, 451-461. 1991.

[17] Simms MD, Dubowitz H, Szilagvi MA. Health care needs of children in foster care system. Pediatrics 106, 909-918. 2000.

[18] Nathanson D, Gillian L, Tzioumi D. Children in out-of-home care: Does routine health screening improve outcomes? Paediatrics and Child Health 45, 665-669. 2009.

**Tabla 4. Seguimiento sanitario de los menores institucionalizados según el tipo de gestión del centro.**

Seguimiento sanitario		Total	ONG	Orden religiosa	Otros	p
Tamaño muestral		294	107 (36.4%)	136 (46.3%)	51 (17.3%)	-
Edad (n)		294	13.5	12.6	16.4	<b>0.001</b> b-c: 0.001
MENA n/%		128 (43.5%)	32 (29.9%)	45 (33.1%)	51 (100%)	<b>&lt;0.001</b> b-c:<0.001
		294	107	136	51	
Tiempo en la institución <sup>3</sup>		294	14.27	17.75	4.7	<b>0.001</b> b: 0.005 c: 0.001
Existencia de informe sanitario	CAI <sup>1</sup>	100 (34.5%)	26 (24.5%)	51 (38.1%)	23 (46%)	pNS
	CS <sup>2</sup>	41(14.1%)	17 (16.03%)	21 (15.7%)	3 (6%)	
	Otros	16 (5.5%)	8 (7.5%)	6 (4.5%)	2 (4%)	
	NO	136 (46.9%)	55 (51.9%)	56 (41.8%)	22 (44%)	
		290	106	134	50	
Registro sanitario n/%		66 (23.2%)	16 (16%)	50 (37.03%)	0	<b>0.001</b> a-c:<0.001 b:0.003
		284	100	135	49	
Número de visitas al pediatra registradas n/%		0.86	0.56	1.33	0.23	<b>0.001</b> a:0.01 c:0.001
		284	106	129	49	
Número de consultas en urgencias n/%		0.6	0.47	0.8	0.23	pNS
		283	106	129	48	
Número de ingresos hospitalarios n/%		0.11	0.13	0.13	0.02	pNS
		283	106	129	48	
Seguimiento consultas n/%	No	173 (60.3%)	66 (60.5%)	58 (44.6%)	46 (95.8%)	<b>&lt;0.001</b> b:0.005 c:<0.001
	Dentista	22 (7.7%)	5 (4.6%)	17 (13.1%)	0	
	Dermatología	4 (1.4%)	1 (0.9%)	2 (1.5%)	1 (2.1%)	
	ORL	4 (1.4%)	1 (0.9%)	3 (2.3%)	0	
	Oftalmología	14 (4.9%)	7 (6.4%)	7 (5.4%)	0	
	USMIJ	3 (1.04%)	0	3 (2.3%)	0	
	P. familiar	4 (1.4%)	1 (0.9%)	3 (2.3%)	0	
	Otros	20 (6.9%)	9 (8.3%)	11 (8.5%)	0	
Dentista + 1		43 (14.9%)	16 (14.7%)	26 (20%)	1 (2.1%)	
		287	109	130	48	

1. Media del tiempo de estancia en la institución en meses. 2. Centro de acogida inmediata 3. Centro de salud a. Test Chi cuadrado ONG/ O. Religiosa. b. Test Chi cuadrado ONG/Otros c: Test Chi cuadrado O. religiosa/Otros

## **2.3 FACTORES DE RIESGO SANITARIO**

### **RESULTADOS**

Se visitaron un total de 26 centros revisándose 294 expedientes. El 43.5% de los mismos correspondían a MENA, los cuales presentaban estancias significativamente más cortas respecto al grupo de españoles, así como, una edad media mayor (Tabla 1). Las pérdidas detectadas en algunas variables se deben a no poder obtener una información concluyente, tras la revisión de los expedientes y la entrevista con el personal del centro, y a la ausencia de los menores el día de la visita, en el caso de las variables exploratorias.

En cuanto al estado nutricional, se aprecian cifras de desnutrición inferiores al 4% y de sobrepeso y obesidad de un 18.8% siendo este grupo significativamente mayor entre los menores autóctonos, llegando a suponer el 27.5% de la muestra.

En el 28.1% de los menores se detecta algún tipo de distocia social, sin objetivarse diferencias entre grupos. Estos datos concuerdan con la percepción del grado de integración en el centro que es catalogada como difícil o aceptable en el 23.6% de los casos observándose que dicha integración resulta más dificultosa en el grupo de MENA. Sin embargo, en cuanto al número de diagnósticos psicopatológicos, menores en tratamiento psicoterápico, la prevalencia es del 13.4% con un claro predominio en el grupo de los menores españoles.

La prevalencia de consumo de drogas es de un 44.4%, siendo mayoritario el grupo de consumidores de varias drogas de las referidas en la tabla 1 (47.3%). Se

aprecian diferencias significativas entre grupos, constituyendo el grupo de los MENA, el que registra mayor número de consumidores. En cuanto al número de menores en seguimiento por parte del centro provincial de drogodependencia o entidades colaboradoras la cifra es del 18.2% de los consumidores, sin evidenciarse diferencias entre grupos.

El nivel de escolarización de los menores es del 60.1% existiendo diferencias significativas entre grupos ya que, en el grupo de MENA, el 63.2% se encuentran cursando un módulo de formación profesional o ejerciendo algún oficio. De los menores escolarizados, solo el 40% tienen un rendimiento escolar adecuado a su edad, siendo esta cifra significativamente inferior en los menores extranjeros. En cuanto a la percepción de la integración escolar se considera buena en el 70.1% de los casos sin evidenciarse diferencias significativas entre grupos.

Por último, en cuanto al análisis de la asociación del tiempo de estancia en la institución con las variables estudiadas, solo se encontró asociación entre la ocupación de los menores, siendo las estancias significativamente inferiores en los menores no escolarizados y con el consumo de drogas, ya que los menores consumidores presentan estancias más cortas ( $p:0.01$ ). En cuanto a la asociación con el grado de integración en el centro y escolar se encontró que el consumo de drogas se asocia con una integración difícil con un valor de  $p$  de 0.01 y 0.004 respectivamente, no encontrándose asociación con el resto de variables estudiadas.

## DISCUSIÓN

La alta prevalencia de MENA observada, 43.5%, su procedencia (tabla 2) así como las diferencias existentes con el grupo de menores españoles respecto de la edad

y el tiempo de estancia en la institución, concuerdan con los datos publicados a nivel nacional y europeo<sup>10,11,17</sup>.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad es del 13.9% y 4.8% respectivamente. Se observan diferencias significativas entre ambos grupos, siendo el grupo de menores españoles el que presenta mayores tasas de sobrepeso y obesidad 27.5% frente al 9.4% en el grupo de los MENA (Tabla 1). Estos datos resultan inferiores a los nacionales (sobrepeso: 26.1%, obesidad: 19.1%)<sup>2,18</sup>, asemejándose a los publicados por el CDC (sobrepeso: 15.8%, obesidad: 12%)<sup>1</sup>. Los trabajos realizados en población infantil en el sistema de protección a nivel nacional e internacional refieren porcentajes de sobrepeso que oscilan entre el 22% y el 35%<sup>13,19-21</sup>, valores comparables a los del grupo de menores nacionales en nuestra serie.

En cuanto a la prevalencia de trastornos de comportamiento, explicitada como presencia de distocias sociales y/o dificultades en la integración del menor en el centro, se aprecia que hasta un 28.1% de los menores presentan conductas sociales disruptivas al menos una vez al mes, sin observarse diferencias entre grupos, siendo las cifras de una integración difícil o aceptable en el centro concordantes, 23.6%, observándose, en este caso, mayores dificultades en el grupo de los MENA, 31.6%. Estas cifras contrastan con el porcentaje de menores en tratamiento psicoterapéutico por algún diagnóstico psicopatológico, 13.4%, siendo los diagnósticos en el grupo de MENA significativamente menores. En los estudios publicados a este respecto, asumiendo las diferencias metodológicas existentes, las cifras de conductas disruptivas o antisociales en menores en el sistema de protección resultantes oscilan entre el 13% y el 35%,<sup>6,9,13,22,23</sup>. En los estudios en los que fueron analizados, se aprecian datos similares a los de

nuestra serie en cuanto al contraste entre la valoración de conductas disrruptivas por parte de los educadores y la prevalencia de menores en tratamiento psicoterápico específico, lo que pone de manifiesto un infradiagnóstico de los procesos psicopatológicos, principalmente los de tipo internalizante, en estos menores<sup>22,23</sup>, realidad que es aún más evidente en los MENA condicionados por factores idiomáticos y culturales.

Las drogas más frecuentemente consumidas por los menores son, en orden de frecuencia, alcohol, tabaco, cannabis e inhalantes volátiles siendo el consumo de otras sustancias prácticamente inapreciables. El 44.4% de los menores consumen algún tipo de droga de forma habitual (al menos 20 días de los últimos 30), el hábito más común es la combinación de varias sustancias de las referidas, existiendo diferencias significativas entre grupos a este respecto, siendo el grupo de MENA el que presenta mayor consumo. Solo un 18.2% de los menores se encuentran en algún programa de deshabituación, sin observar diferencias significativas entre grupos. Estos datos son similares a los obtenidos en otros estudios, en cuanto a los patrones de consumo y porcentaje de consumidores en menores en el sistema de protección<sup>6,7,22</sup>. Destacar que en un estudio de la situación sanitaria de los MENA realizado en una cohorte de Madrid en el 2007 se obtuvieron cifras de consumo del 64.2%, algo superiores a las observadas en nuestra serie, siendo el consumo más frecuente el de tabaco y tabaco+cannabis<sup>24</sup>. Comparando estos datos con los existentes a nivel nacional e internacional respecto al consumo de drogas en menores de edad y asumiendo las diferencias metodológicas, las cifras de consumidores en la población general resultan algo superiores<sup>1,3</sup>, similares a las encontradas en el grupo de MENA en nuestra serie. Las diferencias encontradas afectan principalmente al patrón de

consumo en dos sentidos, en primer lugar, a pesar de que las drogas de uso más frecuentes son las mismas, en la población general el uso de cocaína y sedantes está más extendido que el consumo de inhalantes volátiles, cuarta droga más consumida en nuestra muestra. En segundo lugar, la cifra de policonsumidores de sustancias en nuestra serie es superior, dato más evidente en el grupo de MENA.

Las tasa de escolarización de los menores es del 60.5%, existiendo diferencias significativas entre grupos, ya que en el caso de los MENA un 63.2% están realizando algún módulo de formación profesional o han ingresado en el mundo laboral, esta realidad responde a las expectativas migratorias de los menores<sup>10,11</sup>. El rendimiento escolar adecuado se objetivó únicamente en el 40% de los casos, poniendo de manifiesto las altas tasas de fracaso escolar en este sector de la población, siendo significativamente mayores en los MENA. Respecto a la integración escolar, es percibida como adecuada hasta en el 70.1% de los menores, sin encontrarse diferencias entre grupos. El bajo rendimiento escolar así como las necesidades educativas especiales en menores en protección, ha sido ampliamente estudiado por diferentes autores<sup>8,25-27</sup>, siendo asociado a alteraciones neurocognitivas debidas a las situaciones de maltrato en edades tempranas, a alteraciones conductuales, a la falta de seguimiento y control individualizado y a los frecuentes cambios de residencia dentro del sistema de protección. En el grupo de MENA se suman factores idiomáticos y culturales.

Como conclusiones, y en primer lugar, cabe destacar que, respecto a los factores de riesgo sanitario estudiados, la población en el sistema de protección presenta mejores cifras que la población general en el caso del estado nutricional y del consumo de sustancias, resultados que revelan que ambos son problemas de

salud pública en la población menor de 18 años que precisa de políticas específicas de protección a la infancia y la adolescencia. Por otro lado, y en segundo lugar, las diferencias observadas entre ambos grupos ponen de manifiesto el gran reto que constituye la atención adecuada en términos, sanitarios, sociales y educativos de los menores extranjeros no acompañados que ingresan en el sistema de protección, ya que presentan necesidades muy dispares a las de la población infantil en riesgo social acogida hasta ahora en dicho sistema.

### BIBLIOGRAFÍA

- [1] Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behaviour surveillance - United States 2009. MMWR 59, 1-142. 2010.
- [2] Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio de prevalencia de obesidad infantil ALADINO (Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad). 2011. Ministerio de sanidad, política social e igualdad.
- [3] Observatorio español sobre drogas. Encuesta sobre drogas en población escolar. 2004. Ministerio de sanidad, igualdad y política social.
- [4] Braveman PA, Egerter S, Mockenhaupt RE. Broadening the focus. The need to address the social determinants of health. American Journal of Preventive Medicine 40[1S1], 4-18. 2011.
- [5] Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, et al. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on adolescent health. JAMA 278, 823-832. 1997.
- [6] Leslie LK, Sigrid J, Monn A, Kauten M, Jinjin Z, Aarons G. Health-Risk Behaviors in Young Adolescents in the Child Welfare System. Journal of Adolescent Health 47, 26-34. 2010.
- [7] Olivan Gonzalvo G. Niños y adolescentes en acogimiento transitorio: problemas de salud y directrices para su cuidado. An Pediatría 58[2], 128-135. 2003.
- [8] American Academy of Pediatrics. Committee on Early Childhood AaDC. Health care of young children in foster care. Pediatrics 109, 536-541. 2002.

- [9] Stirling J, Amaya-Jackson L. Understanding the Behavioral and Emotional Consequences of Child Abuse. *Pediatrics* 122[3], 667-673. 2008.
- [10] Senovilla Hernández D. Situación y tratamiento de los menores no acompañados en Europa. 2007. Observatorio Internacional de Justicia Juvenil.
- [11] Asociación pro derechos humanos de Andalucía. Menores extranjeros no acompañados en Andalucía. Entre la represión y la protección. 3-48. 2006.
- [12] Taussing Hn. Risk behaviors in maltreated youth placed in foster care: A longitudinal study of protective a vulnerability factors. *Child Abuse & Neglect* 26, 1179-1199. 2002.
- [13] Clark DB, Thatcher DL, Martin CS. Child abuse and other traumatic experiences, alcohol use disorders, and health problems in adolescence and young adulthood. *Journal of pediatric Psychology* 35[5], 499-510. 2010.
- [14] Dirección General de Infancia y Familias. Consejería para la igualdad y bienestar social. Junta de Andalucía. Acogimiento residencial de menores. Decreto 355/2003 de 16 de Diciembre. 1-67. 2003.
- [15] Cole T, Bellizi M, Flegal K, Dietz W. Establishing a standar definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal* 320, 1-6. 2000.
- [16] Sobradillo B, Aguirre A, Aresti U, Bilbao A, Fernández -Ramos C, Lizárraga A, et al. Curvas y tablas de crecimiento. Estudio longitudinal y transversal. Fundacion Faustino Obergozo Eizaguirre ed. Bilbao: 2004.
- [17] Observatorio de la infancia. Estadística básica de medidas de protección a la infancia. 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- [18] Serra Majen L, Ribas Barba L, Arancena Bartrina J, Perez Rodrigo C, Saavedra Santana P. Epidemiología de la obesidad infantil en España. Resultados del estudio Enkid (1998-2000). In: Masson, editor. *Obesidad infantil y juvenil. Estudio en Kid*. 2001: 81-108.
- [19] Villazón González F, Díaz Cadórniga F., Menéndez Patterson A. Valoración de los efectos de un programa de educación nutricional sobre los datos antropométricos y bioquímicos de los niños de los centros de acogida del principado de Asturias. *Endocrinol Nutr* 49[2], 43-47. 2002.
- [20] Steele JS, Buchi KF. Medical and Mental Health of Children Entering the Utah Care System. *Pediatrics* 122[3], 703-709. 2008.

- [21] Martín Martín V, Loredó Abdala A. Estado de nutrición en niños víctimas de abuso físico y de abuso sexual. *Revista de investigación clínica* 62[6], 524-531. 2010.
- [22] Fernández del Valle J, Sainero Rodríguez AM, Llanos López A, Bravo Arteaga A. Menores bajo medidas de protección que presentan trastornos de conducta u otros problemas de salud mental en la red de acogimiento residencial de la Junta de Extremadura. 2010. Ministerio de Sanidad y política social.
- [23] Berger LM, Bruch SK, Johnson EI, James S, Rubin D. Estimating de "impact" of out-of-home placement on child well-being: Approaching the problem of Selection Bias. *Child Development* 80, 1856-1876. 2009.
- [24] Prada FA, Bocija MC, Regadera M, Sánchez A. La condición de inmigrantes 1ª, 2ª y 3ª generación. In: Ministerio de Sanidad y Consumo, editor. *Informe Salud Infancia Adolescencia y Sociedad*. 2007: 113-121.
- [25] Zetlin A. The experiences of foster children and youth in special education. *J Intellect Dev Disabil* 31[3], 161-165. 2006.
- [26] Bruska D. Children in foster care: a population at risk. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 21[2], 70-77. 2008.
- [27] Pears K, Fisher P. Developmental, cognitive and neuropsychological functioning in preschool -aged foster children: associations with prior maltreatment and placement history. *Developmental and behavioral pediatrics* 26[2], 112-122. 2005.

**Tabla 5. Factores de riesgo sanitario según la nacionalidad de los menores.**

Factores de riesgo sanitario		Total	Españoles	MENA	p
Tamaño muestral		294	166	128	-
Edad <sup>1</sup>		294	11.04	16.2	p<0.001
Tiempo en la institución <sup>2</sup>		294	21.2	7.5	p<0.001
Estado nutricional n/%	Bajo peso	9 (3.4%)	5 (3.6%)	4 (3.1%)	p<0.001
	Normal	207 (77.8%)	95 (68.8%)	112 (87.5%)	
	Sobrepeso	37 (13.9%)	26 (18.8%)	11 (8.6%)	
	Obeso	13 (4.8%)	12 (8.7%)	1 (0.8%)	
<b>n</b>		266	138	128	
Distocia social n/%		77 (28.1%)	44 (31.4%)	33 (24.6%)	pNS
<b>n</b>		274	140	134	
Integración en el centro n/%	Difícil	13 (4.8%)	4 (2.9%)	9 (6.8%)	p<0.001
	Aceptable	51 (18.8%)	18 (13.04%)	33 (24.8%)	
	Buena	207 (76.3%)	116 (84.1%)	91 (68.4%)	
<b>n</b>		271	138	133	
Diagnóstico psicopatológico n/%		37 (13.4%)	30 (21.2%)	7 (5.2%)	p<0.001
<b>n</b>		276	141	135	
Consumo de drogas n/%	No	138 (55.6%)	80 (70.2%)	58 (43.3%)	p<0.001
	Tabaco	45 (18.1%)	16 (14.03%)	29 (21.6%)	
	Alcohol	3 (1.2%)	2 (1.8%)	1 (0.7%)	
	Cannabis	8 (3.2%)	3 (2.6%)	5 (3.7%)	
	Inhalantes	1 (0.4%)	0	1 (0.7%)	
	Otras	1 (0.4%)	1 (0.9%)	0	
<b>n</b>		248	114	134	
Seguimiento en el CPD <sup>3</sup> o similares n/%		20 (18.2%)	8 (23.5%)	12 (15.7%)	pNS
<b>N</b>		110	34	76	
Ocupación n/%	No	5 (1.9%)	3 (2.4%)	2 (1.6%)	p<0.001
	Escolarización	152 (60.5%)	107 (86.9%)	45 (35.1%)	
	FP	70 (27.9%)	10 (8.1%)	60 (46.8%)	
	Ingreso en el mundo laboral	24 (9.6%)	3 (2.4%)	21 (16.4%)	
<b>n</b>		251	123	128	
Rendimiento escolar adecuado n/%		57 (40%)	54 (55%)	3 (6.8%)	p<0.001
<b>n</b>		142	98	44	
Integración escolar n/%	Difícil	13 (14.9%)	7 (10.6%)	6 (28.6%)	pNS
	Aceptable	13 (14.9%)	10 (15.2%)	3 (14.3%)	
	Buena	61 (70.1%)	49 (74.2%)	12 (57.1%)	
<b>n</b>		87	66	21	

1. Edad de los menores en años. 2. Media del tiempo de estancia en la institución en meses. 3. Centro Provincial de Drogadependencia.

**Tabla 6. Procedencia de los MENA.**

Nacionalidad	Total
Marruecos n/%	160 (94.1%)
Rumanía n/%	6 (3.5%)
Latinoamerica n/%	1 (0.6%)
Otras n/%	3 (1.8%)
Total	170

### 3. CONCLUSIONES

Con todo lo expuesto, las conclusiones más relevantes alcanzadas son que:

- 1) El estado de salud de los menores institucionalizados estudiados se puede considerar en líneas generales adecuado, aunque hay aspectos puntuales que requerirán algunos comentarios específicos.
- 2) Existe una mayor prevalencia de patología ORL, dermatológica, mental y conductual que en la población infantil general.
- 3) Las necesidades de seguimiento en consultas especializadas de este sector poblacional son elevadas, destacando el seguimiento odontológico y de salud mental.
- 4) El grupo de menores comprendido entre los 6 y 12 años presenta estancias en la institución más prolongadas, así como, mayor número de necesidades sanitarias en cuanto al número de diagnósticos, la situación clínica detectada y el seguimiento sanitario que precisan.
- 5) La existencia de informe sanitario al ingreso en los expedientes de los menores es deficitaria sin encontrarse diferencias entre centros según la entidad gestora de los mismos.

- 6) Existe una falta de homogenización en cuanto al registro de salud de los menores, siendo la existencia de cualquier tipo de registro sanitario sistematizado en los centros muy baja. Los centros gestionados por órdenes religiosas son en los que se existe mayor número de registros sistematizados de diferentes tipos.
- 7) La población estudiada presenta mejores cifras que la población general en cuanto a factores de riesgo sanitario respecto del estado nutricional (menor prevalencia de sobrepeso y obesidad) y del consumo de sustancias.
- 8) Existe una elevada prevalencia de conductas sociales disruptivas en los menores estudiados lo que condiciona la integración en los centros.
- 9) Las tasas de fracaso escolar en este sector poblacional son muy elevadas, superiores a las de la población general.
- 10) El número de diagnósticos psicopatológicos en los menores nacionales es mayor que en el grupo de MENA.
- 11) Existen diferencias significativas en cuanto a los factores de riesgo sanitario entre los menores nacionales y los MENA, siendo en estos últimos las tasas de fracaso escolar y el consumo de drogas más elevado, así como, más difícil la integración en los centros.

#### **4. PROPUESTAS DE MEJORA.**

A la vista de los hallazgos expuestos y ante el paulatino cambio legislativo y formal que el sistema de protección y la institucionalización de los menores está sufriendo en nuestro medio se proponen las siguientes mejoras:

- Elaboración de protocolos consensuados, de obligatorio cumplimiento por los pediatras, del examen de salud inicial y del seguimiento de los menores en el sistema de protección. Con especial atención a los menores institucionalizados escolares (6-12 años) y a la detección y tratamiento precoz de aquellas patologías detectadas como más prevalentes.
- Homogenización y sistematización de los controles sanitarios de los menores mediante la creación de un documento específico en el que, quede constancia de todas las actividades médicas desarrolladas durante la permanencia de los menores en el sistema de protección y con el que se facilite la atención preferente en consultas especializadas, con el objeto de evitar pérdidas en la historia clínica y facilitar el seguimiento ante posibles cambios de residencia.
- Elaboración, conjuntamente con las entidades sanitarias y educativas pertinentes, de actividades, programas y talleres formativos comunes en materias de consumo de sustancias, salud sexual y reproductiva, higiene y autocuidado, entre otras.
- Elaboración de planes específicos de atención en términos sanitarios, sociales y educativos, conjuntamente con las entidades sanitarias y educativas pertinentes, de los Menores Extranjeros No Acompañados comunes para todos los centros que atienden a este sector poblacional.

## **5.ACUERDOS ALCANZADOS**

- Realización de una reunión informativa con los técnicos del servicio de protección de menores de la delegación, así como, con el personal de cada centro para informar sobre los resultados del estudio y analizar conjuntamente aquellas situaciones susceptibles de cambio.
- Asesoramiento y orientación en las actividades de promoción de salud iniciadas en algunos centros a través del programa *“Forma joven”*.
- Realización de reunión formativa e informativa con los pediatras del área de gestión sanitaria para la presentación de la guía de *Salud de los niños atendidos por el sistema de protección a la infancia*.