

Problemas de salud prevalentes en los menores en centros de acogida

M. Rivera Cuello, J. Uberos Fernández, A. Muñoz Hoyos
Grupo de Investigación Subnormalidad y Desarrollo. Departamento de Pediatría. Universidad de Granada

Resumen

Introducción: La población infantil sujeta a medidas de protección es una franja de población vulnerable, no sólo desde el punto de vista social, sino también sanitario. La principal limitación detectada en la bibliografía recientemente 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, así como la asociación de distintas variables con el tiempo de institucionalización.

Material y métodos: Se diseñó un estudio transversal, realizándose dos visitas a los 26 centros de la provincia de Granada (entre diciembre de 2006 y marzo de 2007). En la primera se revisan los expedientes de los menores y en la segunda se procede a su valoración clínica. En cuanto al estudio estadístico, la muestra se distribuye en tres grupos de edad (0-5, 6-12 y 13-18 años), y se realiza el análisis comparativo y la inferencia estadística mediante las pruebas de la χ^2 , Kruskal-Wallis y Mann-Whitney.

Resultados: Se revisa un total de 294 menores. La prevalencia global de desnutrición es del 4%, más frecuente en el grupo de 0-5 años, y la de sobrepeso del 18%, más habitual en el grupo de 6-12 años. Las alteraciones más frecuentemente detectadas son otorrinolaringológicas (ORL) (63,9%), dermatológicas (34,9%) —más prevalentes en los menores de 12 años— y 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 un diagnóstico psicopatológico y con un mayor número de seguimientos en las consultas especializadas.

Conclusiones: El estado de salud de los menores institucionalizados se podría considerar adecuado en líneas generales. 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. Cabe destacar la vulnerabilidad del grupo de niños de 6-12 años con un número más elevado de necesidades sanitarias.

©2013 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave

Menor institucionalizado, centros de acogida, estado de salud

Abstract

Title: Prevalent health problems of children in residential care centers

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 χ^2 , Kruskal-Wallis and Mann-Whitney tests were used for comparative analyses and statistical significances.

Results: We revised 294 children. Prevalence of global malnutrition was 4%, 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 institutionalised minors can in general be considered adequate. The main differences with the general population derive from the presence of somewhat higher malnutrition rates in the 0 to 5-year-olds and an elevated prevalence of ENT, dermatological, psychological and behavioural pathologies. We highlight the vulnerability of 6 to 12-year-olds, who have a larger number of healthcare needs.

©2013 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords

Institutionalised child, residential care centers, health status

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 45.432¹. En cuanto a las medidas de protección adoptadas, se continúa observando un predominio del acogimiento residencial en cualquiera de sus formas: residencias, minirresidencias, hogares funcionales o pisos tutelados. Este dibujo de la situación de los menores en el sistema de protección está sujeto a un 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. Las recomendaciones de dicha comisión sientan 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 institucionalización².

La población infantil sujeta a medidas de protección es una franja de población vulnerable, no sólo desde el punto de vista social, sino también sanitario. Muchos estudios señalan la existencia de una mayor prevalencia de patología crónica, física y mental, que requiere una especial atención sanitaria. Para un adecuado acercamiento a esta materia, deben asumirse las diferencias existentes en cuanto a problemática social, medidas de protección a la infancia y necesidades en salud a escala internacional³⁻⁶.

La principal limitación que se detecta en la bibliografía 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, puesto que los estudios existentes centran su análisis en la valoración sanitaria y social en el momento del acogimiento de los menores.

A partir de 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 protección⁷. 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.

Material y métodos

En concordancia con los acuerdos de Helsinki, 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 compe-

tentes⁷. Se obtuvo la autorización en el plazo de 6 meses con dos restricciones: el acceso a la historia familiar previa y el motivo de ingreso del menor en el sistema de protección.

En el proyecto se incluyeron dos visitas a los centros: en la primera se revisaron los expedientes de los menores y en la segunda se procedió a su exploración física.

Se visitaron los 26 centros con programa residencial básico de la provincia de Granada, y el trabajo de campo se realizó entre diciembre de 2006 y marzo de 2007. En la primera visita se procedió a la revisión de los expedientes de los menores para la obtención de los datos demográficos y la posible existencia de patología crónica previa o alteraciones del comportamiento. Esta revisión se llevó a cabo junto con una entrevistada 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 definió el sobrepeso y la obesidad según los puntos de corte publicados por Cole et al.⁸, y el bajo peso según las tablas de percentiles de la Fundación Obergozo⁹.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS y se aplicaron los siguientes procedimientos: 1) análisis descriptivo de cada una de las variables y en cada uno de los grupos de edad (tabla 1), y 2) estudio de inferencia estadística con la aplicación de las pruebas de Kruskal-Wallis y Mann-Whitney para las variables continuas, y el test de la χ^2 para las variables que siguen una distribución binomial. Finalmente, se emplearon técnicas de correlación y regresión lineal considerando como variable dependiente el tiempo de estancia en la institución.

Resultados

En el periodo de estudio, el 100% de las plazas de los centros estaban ocupadas, con lo que la muestra resultante fue de 294 menores. Las pérdidas observadas, un 3-10% según las variables (tabla 1), se deben a tres factores: en el caso de las variables exploratorias, a la ausencia del menor el día en que se programó la visita en el centro, o a exploraciones catalogadas como nulas por ausencia de colaboración; 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 media de edad de 13,6 años. La prevalencia de menores extranjeros no acompañados (MENA) en nuestra serie fue del 43,5%, la práctica totalidad mayores de 13 años, y el 94,1% era de origen marroquí.

En cuanto al estado nutricional, cabe destacar una prevalencia de sobrepeso en el 18,8% de los menores, de los cuales un

TABLA 1

Comparación entre los hallazgos en la exploración física según los 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	
<i>n</i>	294	0	61	208		
Tiempo en la institución ¹	294	6,8	17,95	13,90	0,003 b: 0,003 c: 0,002	
Estado nutricional, n (%)	Bajo peso	9 (3,4)	2 (11,1)	0*	7 (3,6)	<0,01 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)	
<i>n</i>	266	18	56	192		
Estrabismo, n (%)	17 (6,01)	0	4 (7,02)	13 (6,4)	pNS	
<i>n</i>	282	23	57	202		
Alteraciones cardiovasculares, n (%)	3 (1,06)	1 (4,4)	1 (1,8)	1 (0,5)	pNS	
<i>n</i>	282	23	57	202		
Alteraciones respiratorias, n (%)	15 (5,32)	3 (13,04)	2 (3,5)	10 (0,5)	pNS	
<i>n</i>	282	23	57	202		
Alteraciones abdominales, n (%)	6 (2,13)	0	2 (3,5)	4 (1,9)	pNS	
<i>n</i>	282	23	57	202		
Alteraciones ORL, n (%)	175 (63,9)	16 (72,7)	44 (77,2)	115 (58,9)*	<0,001 a: <0,001 b: 0,002	
<i>n</i>	274	22	57	195		
Alteraciones dermatológicas, n (%)	95 (34,9)	5 (22,7)	22 (39,3)	68 (35,1)	0,001 a: 0,03 b: 0,001	
<i>n</i>	272	22	56	194		
Alteraciones del sistema nervioso central, n (%)	6 (2,1)	3 (13,04)	2 (3,5)	1 (0,5)	0,002 a: 0,03	
<i>n</i>	283	23	57	203		
Diagnóstico psicopatológico, n (%)	36 (13,1)	2 (12,5)	10 (18,1)	24 (11,7)	pNS	
<i>n</i>	275	16	55	204		
Distocia social, n (%)	77 (28,2%)	1 (6,7%)	21 (38,2%)	55 (27,1%)	0,043 c: 0,02	
<i>n</i>	273	15	55	203		
Seguimiento en consultas, n (%)	No	173 (60,3)	13 (65)	29 (55,7)	131 (60,9)	0,01 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)	
<i>n</i>	287	20	52	215		

¹Media del tiempo de estancia en la institución (en meses). a: test de la χ^2 entre 0-5/13-18 años. b: test de la χ^2 entre 6-12/13-18 años. c: test de la χ^2 entre 0-5/6-12 años. MENA: menores extranjeros no acompañados. USMIJ: unidad de salud mental infanto-juvenil.

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, 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, 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, n (%)	6 (3,4)	3 (18,8)	1 (2,3)	2 (1,7)
Secreción en el <i>cavum</i> , 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

CAE: conducto auditivo externo; IRA: infección respiratoria aguda; OMA: otitis media aguda.

26% se encuentra en rango de obesidad, y una prevalencia de bajo peso inferior al 4%. Existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos etarios, y se observa que el grupo de 6-12 años reúne un mayor número de menores con sobrepeso, y el de 0-5 años unos mayores niveles de desnutrición, hasta del 11,1%.

En cuanto al resto de la exploración, prevalecen las alteraciones otorrinolaringológicas (ORL), presentes en el 63,9% de los menores estudiados, seguidas de las dermatológicas (34,9%); se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre grupos, y ambas alteraciones son más frecuentes en los menores de 12 años. El resto de alteraciones observadas en la exploración tienen una prevalencia inferior al 10%, exceptuando la presencia de un 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, y se observó su presencia 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 ORL (tabla 2) y dermatológicas (tabla 3). En la exploración ORL destaca como hallazgo principal la existencia de un tímpano deslustrado u opaco hasta en el 68% de los casos. Cabe destacar el hallazgo de cuerpo extraño en el conducto auditivo externo en 3 de los menores (2,5%), que fueron derivados al servicio de urgencias ante la imposibilidad de su extracción en el centro. Los casos de patología aguda (otitis media aguda en un 3,6% e infección respiratoria aguda en un 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 recientes compatibles con violencia (49,5%), consistentes en su mayoría en quemaduras y cortes transversales paralelos en la región interna del antebrazo, más frecuentes en el grupo de 13-18 años. No se pudieron obtener datos concluyentes sobre el origen de dichas cicatrices. Los menores de 12 años presentaron una mayor incidencia de eccema atópico, así como lesiones dermatológicas diversas: lesiones antiguas de varicela e impétigo, falta de hidratación, estrías y cicatrices no compatibles con violencia, etc. Cabe 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 realiza un seguimiento en alguna consulta, y hasta el 66,2% acude al dentista y a 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; el grupo menos demandante es 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 (rango: 0-120); se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos etarios, y el grupo de 6-12 años es 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 3 de ellas. La condición de MENA se asocia a estancias hasta 6,7 meses más cortas que las 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 estancia; la estancia de los menores en seguimiento por odontología y otra consulta llega a ser 58,3 meses más prolongada 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. Éste se caracteriza principalmente por un aumento progresivo de la edad de los menores atendidos, así como por estancias más cortas, condicionado por el progresivo aumento de las tasas de MENA^{10,11}. 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 medio¹²⁻¹⁴.

En cuanto al estado nutricional, se aprecia una prevalencia de bajo peso global inferior al 4%, y cabe destacar que los menores de 0-5 años son los que presentan cifras más eleva-

das, de un 11,1%. En cambio, la prevalencia de sobrepeso y obesidad es mayor, del 13,9 y el 4,9%, respectivamente, y la franja de 6-12 años es la que presenta cifras de obesidad superiores, del 10,7%. Los datos publicados sobre obesidad infantil en la población general, en el ámbito nacional y autonómico, si bien indican diferencias entre grupos equiparables a las de nuestra serie, refieren cifras de sobrepeso y obesidad superiores al 26,1 y 19,1%, respectivamente^{15,16}. Los estudios publicados recientemente sobre población infantil de similares características, en un ámbito nacional e internacional, obtienen resultados equiparables en cuanto a la prevalencia y a las diferencias nutricionales observadas entre grupos para los datos de desnutrición. En cuanto a la prevalencia de sobrepeso, los resultados son algo superiores, incluso con valores más elevados que los de la población infantil general reflejados en algunas publicaciones, observándose una mayor prevalencia en el grupo de adolescentes de 13-18 años^{6,17,18}.

Las alteraciones detectadas en la exploración física (tabla 1) se concentran principalmente en alteraciones ORL (63,9%) (tabla 2) y dermatológicas (34,9%) (tabla 3). El hallazgo más frecuente desde el punto de vista ORL es la existencia de un tímpano deslustrado. Para poder establecer el diagnóstico de otitis media serosa serían necesarios estudios más pormenorizados desde el punto de vista ORL. En cuanto a la exploración dermatológica, la presencia de cicatrices compatibles con violencia son las más frecuentes, observándose diferencias entre grupos etarios. Comparando estos datos con los disponibles en la bibliografía, y asumiendo las diferencias metodológicas comentadas, se aprecia que la prevalencia de alteraciones dermatológicas, sus características 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, detectándose alteraciones ORL en el 7-28% de los casos en el momento del ingreso, según las distintas series^{5,6,12}; el diagnóstico más común es el de otitis media serosa.

La presencia de alteraciones psicopatológicas en los menores en el 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^{5,6,19}. La presencia de un 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, presentes en el 28,1% de los menores, y más frecuentes a partir de los 6 años. Por tanto, la existencia de menores con cualquier tipo de psicopatología o alteración del comportamiento en nuestra serie 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 encontraba en tratamiento psicoterápico, cifra que ascendía al 37,5% si se incluían los menores que presentaban conductas disruptivas. Durante el estudio se detectó un elevado número de trastornos internalizantes (ansiedad, depresión...) que no habían sido diagnosticados previamente, lo que pone de mani-

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)
Total, n (%)	95	5	22	68

fiesto el infradiagnóstico de este tipo de procesos. La cifra de menores que podrían estar requiriendo atención terapéutica, según los autores, era del 66%²⁰.

Dos de cada 5 menores (40%) precisan algún tipo de seguimiento en consultas especializadas; la demanda más común es 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 2006²¹ sobre la presencia de patología crónica en menores en el sistema de protección, se observó que hasta el 40% presentaba algún tipo de patología crónica física, y la más frecuente era 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; a este respecto, cabe destacar que el tiempo de estancia recomendado, sin existir ningún plazo máximo estipulado en las institucionalizaciones, es de menos de 6 meses². El análisis de la asociación entre el tiempo de estancia en la institución y el resto de variables presenta 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, con un diagnóstico psicopatológico y/o con un seguimiento en consultas especializadas por dolencias crónicas. La condición de transversalidad de nuestro estudio nos impide obtener conclusiones de causalidad a este respecto, por lo que serían necesarios estudios longitudinales.

A modo de conclusiones, cabe destacar la evidencia del cambio de población atendida en los centros de acogida, con un claro predominio de adolescentes y altas tasas de MENA en nuestro medio. El estado de salud de los menores institucionalizados se podría considerar adecuado en líneas generales; hay que resaltar la necesidad de derivación al servicio de urgencias en un 1,36% de las exploraciones realizadas. Las principales diferencias con la población general son la existencia de tasas de desnutrición algo superiores en los menores de 0-5 años y una mayor prevalencia de patología ORL, dermatológica, mental y conductual, así como un seguimiento en consultas especializadas de hasta el 40%. Según la bibliografía 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 incidencia de pato-

logía ORL encontrada, por lo que podría pensarse que dicha diferencia se debe a la institucionalización de los menores; en este sentido, para poder obtener datos concluyentes sobre la importancia de este hallazgo, así como de la influencia de la institucionalización, serían necesarios estudios ORL más pormenorizados y la realización de estudios prospectivos. Con todo ello se pone de manifiesto la necesidad de realizar un seguimiento de los protocolos específicos de control de los menores institucionalizados para la prevención y el control de dichas patologías⁴.

A su vez, cabe 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 una especialización progresiva de los centros para ofrecer una adecuada atención a los menores.

Por último, debe ser objeto de reflexión la vulnerabilidad del grupo etario de 6-12 años que, según los expertos, es el que presenta más dificultades para la adopción de otras medidas de protección, ya que, según los datos obtenidos, son los que presentan mayores estancias en la institución y concentran el mayor número de necesidades sanitarias.

En definitiva, consideramos que aunque en este artículo se abordan problemas sanitarios, éstos 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 debe hacernos reflexionar 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 década²².

Bibliografía

1. Observatorio de la Infancia. Estadística básica de medidas de protección a la infancia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.
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. Boletín Oficial de las Cortes Generales, BOCG, Senado. 1-54. 2010.
3. Committee on Early Childhood AaDC. American Academy of Pediatrics. Health care of young children in foster care. *Pediatrics*. 2002; 109: 536-541.
4. Oliván 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. *Paediatr 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, Bellizzi 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. Bilbao: Fundación Faustino Obergozo Eizaguirre ed., 2004.
10. Fernández del Valle J, Fuertes Zurita J. El gran cambio de los ochenta y las nuevas tendencias. En: Fernández del Valle J, Fuertes Zurita J, eds. El acogimiento residencial en la protección a la infancia. Madrid: Ediciones Pirámide, 2000; 23-32.
11. Bravo Rodríguez R. La situación de menores no acompañados en España. Council of Europe. 2005; 1-32.
12. Oliván 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, Sánchez Zamora EJ, Zahonero Coba MM. Estudio descriptivo de la población infantil de un centro de acogida. *Acta Pediatr*. 2000; 58: 339-343.
14. Oliván 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, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P. Epidemiología de la obesidad infantil en España. Resultados del estudio Enkid (1998-2000). En: Obesidad infantil y juvenil. Estudio EnKid. Barcelona: Masson, 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). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.
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. *Rev Invest Clin*. 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 chanelles. *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. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.
21. Jee S, Barth R, Szilagyi M, Szilagyi P. Factors associated with chronic conditions among children in foster care. *J Health Care Poor Underserved*. 2006; 17(2): 328-341.
22. Hjern A, Vinnerljung B. Healthcare for children in foster and residential care. *Acta Pediatr*. 2002; 91: 1.153-1.154.