

Niños y adolescentes en acogimiento transitorio: problemas de salud y directrices para su cuidado

G. Oliván Gonzalvo

Servicios de Pediatría y Adolescencia. Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales. Gobierno de Aragón. Zaragoza. España.

En España, entre 8.000 y 10.000 niños y adolescentes entran en acogimiento transitorio residencial o familiar cada año. El objetivo de este artículo es presentar una revisión actualizada que sirva para mejorar el conocimiento sobre los problemas de salud que presentan los menores en acogimiento transitorio.

De la bibliografía consultada, el 65% de los estudios se han elaborado en Estados Unidos, el 25% en España y el 10% en otros países desarrollados e industrializados. En estos estudios se observa que un elevado porcentaje de estos menores presenta serios y complejos problemas de salud física, mental y/o del desarrollo. Sin embargo, no se aprecian diferencias cualitativas apreciables en los problemas de salud que con mayor frecuencia presentan estos menores, coincidiendo en que las necesidades sanitarias prioritarias son la provisión de servicios preventivos y/o terapéuticos psicopedagógicos, psiquiátricos, dermatológicos, odontológicos, nutricionales, oftalmológicos, neurológicos y de inmunización.

El fracaso en la identificación e intervención precoz de las necesidades sanitarias de estos menores no sólo puede afectar adversamente su calidad de vida en el futuro desarrollo físico, emocional e intelectual, sino que también puede conducir a incrementar las dificultades de adaptación mientras dure el acogimiento y su futura adaptación social, pudiendo comprometer la unión permanente con la familia biológica o adoptiva cuando cese el acogimiento transitorio. Por tanto, todos los niños y adolescentes en acogimiento transitorio necesitan recibir cribados iniciales, evaluaciones completas y seguimiento de su estado de salud físico, mental y del desarrollo. Sobre esta base, se ofrecen unas directrices para el cuidado de la salud de estos menores que sean de utilidad para los profesionales sanitarios que los atienden mientras permanecen en acogimiento transitorio.

Palabras clave:

Acogimiento transitorio. Centros residenciales. Maltrato infantil. Estado de salud. Trastornos mentales. Discapacidades del desarrollo. Demanda y necesidades de servicios sanitarios. Bienestar infantil. Papel del médico. Directrices.

CHILDREN AND ADOLESCENTS IN FOSTER CARE: HEALTH PROBLEMS AND GUIDELINES FOR THEIR HEALTH CARE

In Spain, between 8,000 and 10,000 children and adolescents enter foster or residential care every year. This article aims to provide a review to increase knowledge of the health problems of minors in foster care.

Sixty-five percent of the studies consulted were performed in the USA, 25% in Spain and 10% in other developed and industrialized countries. These studies report that a high percentage of these minors present complicated and serious physical, mental, and/or developmental problems. However, no appreciable qualitative differences in the most frequent health problems presented by these minors have been observed and there is general consensus that the high-priority health needs are the provision of preventive and/or therapeutic psychopedagogic, psychiatric, dermatologic, dental, nutritional, ophthalmologic, respiratory and immunization services.

Failure to identify and provide early treatment of the health needs of these minors not only adversely affects their quality of life and future physical, emotional and intellectual development, but can also increase their difficulties in adaptation while in foster care and their future social adaptation. Their permanent relationship with the

Correspondencia: Dr. G. Oliván Gonzalvo.
Servicios de Pediatría y Adolescencia.
Avda. de las Torres, 93, 1.º F. 50007 Zaragoza. España.
Correo electrónico: DROLIVAN@santandersupernet.com

Recibido en septiembre de 2002.
Aceptado para su publicación en noviembre de 2002.

biological or adoptive family when foster care stops could also be jeopardized. Therefore, all children and adolescents in foster care should receive initial health screenings, comprehensive assessments and monitoring of their physical, mental health, and developmental status. We provide guidelines for the healthcare of these minors, which should be of use to healthcare professionals taking care of these children and adolescents while they remain in foster care.

Key words:

Foster care. Residential facilities. Child abuse. Health status. Mental disorders. Developmental disabilities. Health services needs and demand. Child welfare. Physician's role. Guidelines.

INTRODUCCIÓN

En España cada año entran en situación de acogimiento transitorio, administrativo o judicial, entre 8.000 y 10.000 niños y adolescentes¹. Esta modalidad de protección infantil es un tránsito hacia medidas de protección definitivas, como volver a la familia de origen o acceder a otra familia en adopción, si bien como contempla la Ley de Protección Jurídica del Menor 1/1996², las medidas de acogimiento transitorio pueden plantearse con una perspectiva a medio o largo plazo. Esto significa que un menor puede permanecer en acogimiento transitorio durante meses o años.

En España, en el 70-75 % de los casos la medida protectora de acogimiento transitorio es de tipo residencial (centros de acogida, pisos tutelados, hogares funcionales, minirresidencias)^{1,3,4} y en el 25-30 % es de tipo familiar (preadoptivo o no preadoptivo)^{1,5}. En Estados Unidos y en otros países de cultura anglosajona estos porcentajes se invierten^{5,6}. De cualquier forma, con independencia del país y del modelo de acogida utilizado, las razones fundamentales para el acogimiento transitorio de un menor son la existencia de malos tratos, negligencias y/o abandono por parte de su familia (65-70 %), los comportamientos disruptivos y/o conductas infractoras, especialmente en adolescentes (15-20 %), y la incapacidad y/o imposibilidad permanente o temporal para su cuidado por parte de la familia (10-15 %). Respecto a las características sociofamiliares de los menores que entran en acogimiento transitorio, el 50-60 % proceden de familias denominadas "de riesgo social", el 25-30 % de familias con problemática de drogodependencia y/o alcoholismo, el 10-15 % de familias con problemática de salud mental, y alrededor del 40 %, de familias multiproblemáticas que combinan dos o más de las problemáticas anteriormente mencionadas³⁻⁸.

Los pediatras y médicos de atención primaria, por su relación con los menores y sus familias, tienen la oportunidad de influir en la prevención de los factores que pue-

den inducir a una medida administrativa o judicial de acogimiento transitorio⁹⁻¹¹ y la obligación de encargarse de la salud médica y mental de estos niños y adolescentes, antes, durante y después del acogimiento^{3-6,12,13}. Por ello, deben tener conocimientos suficientes sobre los problemas de salud prevalentes y las necesidades sanitarias prioritarias de este grupo especial de menores para proporcionarles una asistencia integral adecuada.

El objetivo de este trabajo es presentar una revisión actualizada que sirva para mejorar el conocimiento sobre los problemas de salud que presentan los niños y adolescentes en acogimiento transitorio, basándonos en una revisión de la literatura médica internacional de los últimos 8 años y en nuestra experiencia. Sobre esta base, se ofrecen unas directrices para el cuidado de la salud física y mental de estos menores que sean de utilidad para los profesionales sanitarios que los atienden mientras permanecen en acogimiento transitorio.

PROBLEMAS DE SALUD DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ACOGIMIENTO TRANSITORIO

El 45-95 % de los menores en acogimiento transitorio residencial o familiar presentan en el momento de ser acogidos al menos un problema de salud física, mental o del desarrollo madurativo, el 20-45 % presentan más de un problema de salud y el 4-6 % presentan una enfermedad crónica discapacitante física, psíquica, sensorial o mixta. En la tabla 1 se describen los trastornos de salud física observados con más frecuencia en niños y adolescentes en el momento de su acogimiento transitorio^{6-8,13-33}. En la tabla 2 se describen los problemas de salud mental y del desarrollo madurativo observados con más frecuencia en niños y adolescentes en el momento de su acogimiento transitorio^{6-8,12-21,30-45}.

El acogimiento transitorio residencial o familiar puede provocar en algunos menores la aparición de problemas de salud mental o exacerbar los trastornos psicopatológicos preexistentes. En unos casos esto se debe al trauma de la separación de su familia, al temor, angustia y/o incertidumbre que les produce el vivir en una residencia o familia de acogida, a las singularidades del sistema de funcionamiento del centro o familia acogedora y/o al incumplimiento de las promesas realizadas por su familia biológica. Además, en los casos de acogimiento residencial, el hecho de vivir en comunidad en una institución puede facilitar también la aparición de problemas de salud física. En la tabla 3 se resumen los problemas de salud física y mental asociados con el acogimiento transitorio más descritos en la bibliografía internacional^{16,12,13,15,16,19,35-38,42-47}.

A pesar de los problemas de salud física y mental que puede provocar el acogimiento transitorio residencial o familiar al menor, estas medidas de protección son el principal recurso destinado a separarlo del ambiente sociofamiliar patológico que le rodea como paso previo a

TABLA 1. Trastornos de salud física más frecuentemente observados en niños y adolescentes en el momento de su acogimiento transitorio

Trastorno	Porcentaje*
<i>Problemas dermatológicos:</i> pediculosis, piodermatitis, micosis, eccemas, sarna, dermatitis severa (atópica, seborreica, del pañal), lesiones cutaneomucosas recientes y/o antiguas por maltrato (físico, sexual) y/o accidentales, alopecia (traumática, areata, por decúbito, por tiña), eritema pernio, <i>molluscum contagiosum</i>	17-61
<i>Problemas dentales:</i> caries, periodontitis, granulomas, gingivostomatitis, malposición, maloclusión, decoloración (necrosis pulpar), pérdida, rotura, fractura, desplazamiento, avulsión	12-51
<i>Trastornos del crecimiento y nutrición</i>	14-43
Fallo de medro/retraso de crecimiento (< 3 años)	10-46
Talla baja (> 3 años)	7-33
Malnutrición aguda y/o crónica	8-21
Obesidad	6-15
Microcefalia (< 2 años)	19-25
Anemia (principalmente ferropénica)	2-21
<i>Trastornos oftalmológicos:</i> conjuntivitis, errores de refracción, agudeza visual reducida, estrabismo, ambliopía, lesiones oculares por maltrato físico y sus secuelas	18-32
<i>Enfermedades del aparato respiratorio:</i> asma, bronquitis, neumonía, bronquiectasias, tuberculosis	10-33
<i>Inmunizaciones ausentes o incompletas</i> (al menos una)	10-31
<i>Trastornos del aparato digestivo:</i> infecciones intestinales parasitarias (especialmente giardiasis y oxiuriasis), infecciones intestinales bacterianas, reflujo gastroesofágico, síndromes de malabsorción intestinal, úlcera gástrica, hepatitis crónica, hernias	8-18
<i>Trastornos otorrinolaringológicos:</i> adenoiditis crónica, rinosinusitis, otitis media (aguda, serosa, recurrente o crónica), hipoacusia, hemorragia/desgarro/perforación timpánica por maltrato físico	8-16
<i>Problemas ortopédicos:</i> escoliosis, pies planos valgus, genu varo/valgo, dismetría de extremidades inferiores, luxación de cadera, fracturas recientes y/o antiguas no sospechadas, fracturas mal consolidadas y sus secuelas	5-11
<i>Trastornos genitourinarios:</i> infecciones del tracto urinario, vulvovaginitis/balanopostitis inespecíficas, por hongos u otras bacterias, lesiones genitales no accidentales o por abuso, fimosis, criptorquidia	5-10
<i>Enfermedades infecciosas transmitidas verticalmente:</i> infecciones congénitas por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/sida), hepatitis B, hepatitis C, sífilis, toxoplasmosis, citomegalovirus, herpes simple	3-8
<i>Enfermedades infecciosas de transmisión sexual</i> (segura o probable): infecciones por <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , sífilis, VIH/sida, hepatitis B, hepatitis C, vaginosis bacteriana (<i>Gardnerella vaginalis</i>), herpes genital, condiloma acuminado	1-11
<i>Embarazo</i>	3-8
<i>Trastornos cardiovasculares:</i> soplo cardíaco previamente no diagnosticado, cardiopatías congénitas/adquiridas, arritmias, hipertensión arterial	2-4
<i>Trastornos neuromusculares:</i> parálisis cerebral infantil, epilepsia, trastornos convulsivos/distónicos, malformaciones y enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, síndrome de Down, miopatías, hipotonías, discinesias, síndrome alcohólico fetal, lesiones cerebrales permanentes e irreversibles por maltrato físico	1-3
<i>Miscelánea:</i>	
Niveles elevados ($\geq 20 \mu\text{g/dl}$) de plomo sérico (< 6 años; pico de prevalencia: 18-24 meses)	2-50
Intradermoreacción de Mantoux positiva	2-12

*Se especifican los límites porcentuales observados de cada problema de salud (datos obtenidos sobre la base de la bibliografía consultada).

una solución definitiva de su problema³⁻⁶, existiendo estudios que demuestran el carácter beneficioso del acogimiento transitorio sobre los efectos positivos en la salud física y mental, en el desarrollo físico, psicológico e intelectual, y en la integración social de estos niños y adolescentes^{6,12,13,24-27,29,48-50}.

DIRECTRICES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ACOGIMIENTO TRANSITORIO

Conocidos los problemas de salud observados con mayor frecuencia en los niños y adolescentes acogidos transitoriamente en residencias o familias, se sugieren las siguientes directrices para el cuidado de su salud.

Primera evaluación sanitaria al acogimiento

A las 24-72 h del acogimiento se debe realizar una historia clínica completa y una primera evaluación del estado de salud física y mental del menor. Para la elaboración de la historia clínica es importante poder recopilar los originales o copias de los informes sociosanitarios, psicossociales y socioeducativos preexistentes del menor y de su familia biológica. Sin embargo, un problema frecuente de los niños y adolescentes acogidos transitoriamente es la escasa información que suelen aportar sobre estos aspectos. Además, la identificación de estas fuentes de información puede ser engorrosa y a menudo es efectuada de forma incompleta por los trabajadores sociales de los casos^{3-6,12,13,31}. En la tabla 4 se describen las informaciones

TABLA 2. Problemas de salud mental y del desarrollo madurativo observados con más frecuencia en niños y adolescentes en el momento de su acogimiento transitorio

Problema	Porcentaje*
<i>Trastornos psicopatológicos</i>	
Trastornos afectivo-emocionales	55-80
Trastornos de la conducta**	21-52
Trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad	18-32
Trastorno de oposición desafiante	17-35
Abuso de sustancias (> 10 años)	14-41
Trastorno de ansiedad	8-20
Trastorno de estrés postraumático	9-10
Consideración, planeo e intentos de suicidio	4-15
Enuresis/encopresis	3-7
Depresión mayor	3-6
Otros problemas psicopatológicos (trastornos del sueño, de personalidad, de identidad, psicóticos, bipolar mixto, disemia, <i>tics</i> , pica)	8-11
<i>Trastornos del desarrollo madurativo</i>	
En niños preescolares: trastornos del lenguaje, retraso leve-moderado del desarrollo psicomotor, escasa capacidad de adaptación social	15-60
En niños mayores y adolescentes: trastornos del aprendizaje escolar, trastornos del desarrollo específicos (retrasos del lenguaje, fallos específicos del rendimiento escolar, dislexia, disgrafía, discalculia), capacidad cognoscitiva limitada	38-84

*Se especifican los límites porcentuales observados de cada problema de salud (datos obtenidos sobre la base de la bibliografía consultada).

**Incluyen conductas antisociales (vandalismo, hurto, violencia, agresividad, fugas del hogar, actividades delictivas y/o práctica de conductas de riesgo para la salud) en niños mayores y adolescentes.

a obtener en la historia clínica, los problemas prioritarios de salud a detectar y las medidas a realizar en la primera evaluación sanitaria al acogimiento^{6-9,12-14,17,20,21,51-53}.

Evaluación completa del estado de salud tras el acogimiento

En las primeras 2 semanas tras el acogimiento se debe realizar una evaluación completa del estado de salud física, mental y del desarrollo madurativo del menor. En la tabla 5 se resumen los aspectos más importantes a realizar en la evaluación completa del estado de salud tras el acogimiento^{6-9,12-19,28,30-33,51}.

Respecto a la evaluación del estado de salud física, en los menores con sospecha o confirmación de que sus madres presentaron problemática de drogadicción, prostitución y/o promiscuidad antes o durante el embarazo, de sufrir maltrato sexual, de consumir drogas por vía parenteral o de ser sexualmente activos, deben considerarse en riesgo de padecer enfermedades infecciosas transmitidas vertical u horizontalmente, por lo que deberá realizarse un cribado para descartar estas enfermedades. Hay que tener presente que un alto porcentaje de estas enfermedades son asintomáticas y sólo se identifican por cribado. En las adolescentes sexualmente activas es conve-

TABLA 3. Problemas de salud en niños y adolescentes asociados con el acogimiento transitorio

<i>Problemas de salud mental</i>
Trastornos emocionales relacionados con la separación y pérdida (ira, tristeza, impotencia, alienación, culpa)
Trastornos emocionales relacionados con el estrés (depresión, agresividad, ansiedad)
Trastornos de comportamiento (autoagresión física, crueldad con animales, esconder objetos, destruir el mobiliario, provocar incendios, actos delictivos)
Trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia)
Trastornos del sueño severos (insomnio, terrores nocturnos, pesadillas)
Somatizaciones (dolores de cabeza y abdominales, trastornos de la menstruación)
Consideración, planeo e intento de suicidio secundario a depresión (especialmente en adolescentes con antecedente de abuso sexual, enfermedades mentales y/o abuso de drogas/alcohol)
Descompensación de una enfermedad psiquiátrica previa
Síndrome de abstinencia en adictos a sustancias
<i>Problemas de salud física*</i>
Daños y lesiones (accidentales, por peleas, intentos de fuga o autoinflingidos)
Enfermedades transmisibles por vía respiratoria (faringoamigdalitis, bronquitis, neumonía, gripe, varicela, mononucleosis infecciosa, tuberculosis)
Enfermedades transmisibles por vía digestiva (gastroenteritis aguda viral o bacteriana, parasitosis intestinal, hepatitis A)
Enfermedades dermatológicas (eccemas, micosis, piodermitis, pediculosis, sarna) provocadas por malos hábitos de higiene personal, incorrecta limpieza y desinfección de las ropas de cama y vestido o por contacto íntimo o intercambio de ropas con otros menores acogidos afectados

*Especialmente en acogimiento transitorio residencial.

niente realizar, además, una exploración ginecológica completa. En la tabla 6 se describen las exploraciones complementarias de laboratorio que con mayor frecuencia se solicitan en los niños y adolescentes en acogimiento transitorio^{6-8,14-16,29,32,51,52}.

En cuanto a la evaluación del desarrollo madurativo y de la salud mental, debe realizarse de forma multidisciplinar por médicos, psiquiatras, psicólogos y/o pedagogos. La evaluación del desarrollo madurativo se realizará a través de pruebas estandarizadas en los niños menores de 6 años (Haizea-Llevant, Denver) o de la revisión del progreso académico escolar en los niños mayores y adolescentes^{6,7,12-14,18,34}.

Respecto a la evaluación de la salud mental, hay que tener en cuenta que todo niño de más de 3 años debe ser considerado candidato a ser evaluado, y que casi todos los niños mayores de 4 años deben tener entrevistas regulares con un psiquiatra y/o psicoterapeuta. La finalidad es ayudarles a superar los trastornos emocionales relacionados con la separación y pérdida, con la adaptación al centro o familia de acogida y con el estrés que suponen períodos especialmente difíciles para estos menores, como son la falta de regularidad de las visitas de los

TABLA 4. **Primera evaluación sanitaria al acogimiento (24-72 h)**

<p><i>Realización de una historia clínica que incluya información sobre:</i></p> <p>Antecedentes sociosanitarios, psicosociales y socioeducativos de la familia biológica</p> <p>Antecedentes prenatales y neonatales</p> <p>Desarrollo longitudinal físico y psicomotor (curvas de crecimiento y tablas de desarrollo)</p> <p>Estado de inmunización (libro de vacunas)</p> <p>Factores de riesgo para infecciones de transmisión vertical u horizontal</p> <p>Enfermedades crónicas y discapacidades</p> <p>Uso común de medicaciones</p> <p>Intervenciones quirúrgicas</p> <p>Alergias o intolerancias medicamentosas y/o alimentarias</p> <p>Antecedentes de malos tratos y/o negligencias</p> <p>Resultados de pruebas previas de cribado de laboratorio</p> <p>En niños mayores y adolescentes, se debe ampliar información sobre:</p> <p>Antecedentes escolares</p> <p>Salud mental</p> <p>Actividad y conductas sexuales</p> <p>Consumo de tabaco, alcohol, inhalantes y drogas ilegales</p> <p><i>Realización de una primera evaluación del estado de salud física y mental que incluya:</i></p> <p>Detección de la presencia de:</p> <p>Indicadores de maltrato y/o negligencia (físicos, sexuales, emocionales, prenatales)</p> <p>Enfermedades transmisibles</p> <p>Enfermedades médicas y psiquiátricas agudas y/o crónicas</p> <p>Discapacidades</p> <p>Trastornos emocionales y conductuales</p> <p>Depresión y riesgo de suicidio</p> <p>Evaluación de la necesidad de:</p> <p>Realizar una exploración forense (en casos de maltrato físico y/o sexual)</p> <p>Realizar exploraciones complementarias de laboratorio y/o radiología de forma urgente</p> <p>Derivar de forma urgente a un centro hospitalario</p> <p>Iniciar y/o continuar tratamientos farmacológicos médicos y/o psiquiátricos</p>

padres, la reanudación de las visitas regulares después de un período prolongado, su interrupción, el proceso de ser emancipado para la adopción o de retiro de los derechos de los padres y las fases finales del proceso de adopción^{6,12-14,34-37,40-43}.

Seguimiento sanitario durante el acogimiento

Mientras dure el acogimiento, los profesionales implicados realizarán un seguimiento sanitario que se describe en la tabla 7^{6,7,12-14,18,24-27,32,34,45,51,53-58}.

Tras la evaluación del estado de inmunización, si éste es incompleto, en los niños menores de 6 años se administrarán las vacunas necesarias de acuerdo con el calendario acelerado de inmunizaciones de su comunidad y, en los adolescentes, se debe asegurar la cobertura vacunal contra el tétanos, sarampión, rubéola y hepatitis B. La vacuna contra la gripe es aconsejable en los menores

TABLA 5. **Evaluación completa del estado de salud tras el acogimiento (primeras 2 semanas)**

<p>Evaluación de los informes sociosanitarios, psicosociales y socioeducativos preexistentes del menor y su familia biológica recopilados hasta el momento</p> <p>Nueva exploración física completa que incluya exploración antropométrica, dental, visual, auditiva y anogenital (en niños mayores y adolescentes con su consentimiento)</p> <p>Primera evaluación multidisciplinar del desarrollo madurativo y de la salud mental</p> <p>Nueva identificación de indicadores de maltrato o negligencia para descartar signos y/o síntomas físicos y/o comportamentales que hayan podido pasar desapercibidos en la primera evaluación sanitaria</p> <p>Nueva evaluación del estado de inmunización (en el caso de no disponer de dicha información en la primera evaluación sanitaria al acogimiento y recibirla posteriormente)</p> <p>Realización de exploraciones complementarias de laboratorio y/o radiología*</p> <p>Derivaciones a otros servicios médicos*</p>
--

*En los casos que proceda, en dependencia de las informaciones obtenidas en la historia clínica, de los antecedentes sanitarios recopilados de informes previos y/o de los hallazgos de la evaluación completa del estado de salud física, mental y del desarrollo madurativo.

acogidos en residencias y especialmente en los individuos de alto riesgo. Aunque todavía no están incluidas en el calendario oficial, las vacunas contra el neumococo (7-valente conjugada o 23-valente polisacárida, según edad), la varicela y la hepatitis A también serían recomendables en aquellos menores susceptibles^{6,13,32,56,57}.

La evaluación del desarrollo madurativo debe repetirse a los 3-6 meses tras el acogimiento, momento en que será más representativo del nivel del menor. En esta segunda evaluación, si éste muestra un retraso considerable, deben programarse servicios de estimulación precoz o de educación especializada^{6,7,12-14,18,34}.

Durante los controles periódicos se prestará una especial atención en la prevención y detección precoz de los problemas de salud física y mental asociados con el acogimiento (v. tabla 3), en la evaluación del crecimiento recuperador de los menores con fallo de medro, retraso de crecimiento y/o malnutrición, en la evaluación de las habilidades cognitivas y en la detección de las discapacidades para el aprendizaje específicos y de los trastornos de la conducta^{6,7,12-14,18,24-27,32,34,55}.

No hay que olvidar que la finalidad última del acogimiento transitorio de un menor es la reinserción en su familia biológica, si desaparecieron las razones que motivaron su ingreso, o si no es posible, el acogimiento en una familia adoptiva. Por ello, y especialmente en los niños mayores y en los adolescentes, durante el período de tiempo que dure el acogimiento, además de cuidar de su salud física y mental, se deben ofrecer unos servicios de educación para la salud que puedan modificar su estilo de vida y comportamientos de riesgo. Estos servicios de

TABLA 6. Exploraciones complementarias de laboratorio que con mayor frecuencia se solicitan en niños y adolescentes en acogimiento transitorio

Hematimetría completa
Velocidad de sedimentación globular
Hierro y ferritina séricos
Calcio, fósforo y fosfatasa alcalina
Enzimas hepáticas y bilirrubina total
Urea y creatinina
Proteínas totales y albúmina sérica
Colesterol total y triglicéridos
Plomo sérico
Pruebas de función tiroidea
Pruebas de secreción de la hormona de crecimiento
Análisis bioquímico y microbiológico de orina
Coprocultivo
Parásitos y huevos en heces
Pruebas de absorción intestinal
Intradermorreacción de Mantoux
Serologías de virus de la inmunodeficiencia humana, hepatitis B, hepatitis C y sífilis
Cribado de otras enfermedades infecciosas de transmisión sexual o transmitidas verticalmente
Microbiología de fluido genital para hongos y otras bacterias
Prueba de embarazo
Detección de drogas en sangre, orina y/o pelo

educación para la salud, que se enumeran en la tabla 7, deben ser realizados por médicos, diplomados en enfermería y educadores/acogedores cualificados^{12,13,18,32,38,45,51,55,58}.

DISCUSIÓN

La revisión de la literatura internacional demuestra que los niños y adolescentes de países industrializados y desarrollados en situación de acogimiento transitorio residencial o familiar representan una población altamente vulnerable y médicamente compleja, con altas tasas de enfermedades físicas y mentales agudas y/o crónicas, de trastornos del desarrollo madurativo y del aprendizaje, y de problemas emocionales y comportamentales. De la bibliografía consultada referente a los problemas de salud de este grupo de menores, el 65% de los estudios se han elaborado en Estados Unidos, el 25% en España y el 10% en otros países (Reino Unido, Finlandia, Malta, Canadá). En estos estudios no se observan diferencias cualitativas apreciables en los problemas de salud que con mayor frecuencia presentan estos menores, coincidiendo en que las necesidades sanitarias prioritarias son la provisión de servicios preventivos y/o terapéuticos psicopedagógicos, psiquiátricos, dermatológicos, odontológicos, nutricionales, oftalmológicos, neumológicos (infecciosos y alergológicos) y de inmunización^{6-8,12-55}. De forma comparativa, los menores de países desarrollados en situación de acogimiento transitorio presentan unos problemas de salud

TABLA 7. Seguimiento sanitario durante el acogimiento

Control evolutivo de los trastornos de la salud física, mental y/o del desarrollo madurativo detectados y de los tratamientos médicos, psiquiátricos y/o psicopedagógicos prescritos*
Administración de las vacunas necesarias para completar el estado de inmunización*
Valoración de la administración de otras vacunas no incluidas en el calendario oficial en individuos susceptibles y/o de riesgo
Reevaluación del desarrollo madurativo a los 3-6 meses tras el acogimiento
Programación de controles médicos, psiquiátricos, psicológicos y/o pedagógicos periódicos**
Administración de servicios de educación para la salud***
Hábitos de alimentación y nutrición
Cuidados e higiene dental
Beneficios del ejercicio físico y el deporte
Métodos anticonceptivos y conductas sexuales de alto riesgo
Enfermedades de transmisión sexual, hepatitis B y C, síndrome de inmunodeficiencia adquirida
Efectos perjudiciales del uso y abuso de tabaco, alcohol y otras drogas
Embarazo, cuidados prenatales y maternidad/paternidad

*En los casos que proceda.

**Individualizados, pero en general con una periodicidad mayor cuanto menor es la edad del niño al acogimiento.

***Especialmente en niños mayores y adolescentes.

cualitativa y cuantitativamente parecidos a los que se observan en los niños adoptados en el extranjero, en los menores inmigrantes y en los adolescentes delincuentes⁵⁹⁻⁶², y desde luego cuantitativamente muy superiores y cualitativamente más serios y complejos a los observados en los niños y adolescentes de su mismo entorno socioeconómico^{6-8,12,13}.

Muchos de estos problemas de salud reflejan un entorno familiar y psicosocial desestructurado, violento y estresante; historia de malos tratos prenatales y/o posnatales (físicos, sexuales y/o emocionales); negligencia en la supervisión y vigilancia parental; alimentación y hábitos dietéticos deficientes y/o incorrectos; uso limitado de los servicios médicos preventivos; carencia y/o negligencia de la atención médica regular, y falta de preocupación por las necesidades del desarrollo del menor^{6-8,12-21,34-37}.

En España, el ejercicio de las competencias en materia de protección de menores pertenece a las administraciones de las comunidades autónomas, por lo que son éstas las que deben proporcionar los recursos adecuados para el cuidado apropiado de la salud de estos niños y adolescentes a través de los órganos competentes por razón de la materia². Al separar a un menor de su hogar, la administración declara que puede cuidar del menor mejor que lo estaba siendo por sus padres, familiares o cuidadores, y la responsabilidad para proporcionar estos cuidados comienza tan pronto como el menor es separado de su hogar. Por ello, una vez que el menor ha sido acogido en una residencia o en una familia es indispensable

brindarle asistencia global, para reconocer sus problemas de salud física y mental, emocionales, de desarrollo y educativos ya existentes y corregirlos apropiadamente³⁻⁵. Respecto a la modalidad de acogimiento, la legislación española establece que el acogimiento residencial en un centro de protección de menores se acordará cuando el resto de los instrumentos de acogida resulten imposibles, inadecuados o insuficientes y que se procurará que el menor permanezca internado durante el tiempo más breve posible, programando los recursos y medios necesarios para el retorno del menor a su familia o para la adopción de otras medidas de acogida más adecuadas²⁻⁴. Esto está provocando que en los últimos años se esté produciendo un incremento de los acogimientos transitorios familiares^{1,5}.

Los profesionales y gestores de las comunidades autónomas responsables en materia de protección de menores, los directores y educadores de las residencias de acogida, las familias acogedoras, los jueces y fiscales de menores, los abogados y los profesionales sanitarios en general, y los que los atienden de forma directa en particular, tienen la responsabilidad de ayudar a mejorar la salud de este vulnerable grupo de menores y una oportunidad única cuando éstos son acogidos transitoriamente, por lo que deben supervisar que las residencias y familias acogedoras satisfagan las necesidades sanitarias físicas, mentales y educacionales básicas de estos niños y adolescentes de alto riesgo sociosanitario^{3-6,12,13,16,33,34,63,64}. El fracaso en la identificación e intervención precoz de las necesidades sanitarias de estos menores no sólo puede afectar adversamente su calidad de vida en el futuro desarrollo físico, emocional e intelectual, sino que también puede conducir a incrementar las dificultades de adaptación mientras dure el acogimiento y su futura adaptación social, pudiendo comprometer la unión permanente con la familia biológica o adoptiva cuando cese el acogimiento transitorio^{3-6,65-69}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estadística básica de acogida a la infancia. Centro de Estudios. Boletín Estadístico n.º 0. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Subdirección General de Programas de Servicios Sociales, diciembre de 1998.
2. 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. BOE núm. 15, 17 de enero de 1996; p. 1225-38.
3. Fuertes Zurita J, Fernández del Valle J. Recursos residenciales para menores. En: De Paúl Ochotorena J, Arruabarrena Madañaga MI, editores. Manual de protección infantil. Barcelona: Masson, 1996; p. 393-445.
4. Oliván Gonzalvo G, Fleta Zaragoza J, Baselga Asensio C, Andrés Sanz J, Magaña Hernández M, Nuel Quílez R. Centros de acogida de menores. *An Esp Pediatr* 1994;41:97-101.
5. Barjau Capdevila C. Acogimiento familiar, un medio de protección infantil. En: De Paúl Ochotorena J, Arruabarrena Madañaga MI, editores. Manual de protección infantil. Barcelona: Masson, 1996; p. 359-92.
6. Szilagyi M. The pediatrician and the child in foster care. *Pediatr Rev* 1998;19:39-50.
7. Oliván Gonzalvo G. Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en centros de acogida. *An Esp Pediatr* 1999;50:151-5.
8. Takayama JI, Wolfe E, Coulter KP. Relationship between reason for placement and medical findings among children in foster care. *Pediatrics* 1998;101:201-7.
9. Oliván Gonzalvo G. Indicadores de maltrato infantil. *Guías Clínicas* 2002;2(44). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/maltrato.htm>.
10. Dore MM, Doris JM. Preventing child placement in substance-abusing families: Research-informed practice. *Child Welfare* 1998;77:407-26.
11. Hazell PL, Tarren-Sweeney M, Vimpani GV, Keatinge D, Callan K. Children with disruptive behaviours II: Clinical and community service needs. *J Paediatr Child Health* 2002;38:32-40.
12. American Academy of Pediatrics, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. Developmental issues for young children in foster care. *Pediatrics* 2000;106:1145-50.
13. American Academy of Pediatrics, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. Health care of young children in foster care. *Pediatrics* 2002;109:536-41.
14. Chernoff R, Combs-Orme T, Risley-Curtiss C, Heisler A. Assessing the health status of children entering foster care. *Pediatrics* 1994;93:594-601.
15. Halfon N, Mendonca A, Berkowitz G. Health status of children in foster care: The experience of the Center for the Vulnerable Child. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149:386-92.
16. Simms MD, Dubowitz H, Szilagyi MA. Health care needs of children in the foster care system. *Pediatrics* 2000;106:909-18.
17. Cortés Lozano A, Sánchez Zamora EJ, Zahonero Coba MM. Estudio descriptivo de la población infantil de un centro de acogida. *Acta Pediatr Esp* 2000;58:339-43.
18. Blatt SD, Saletsky RD, Meguid V, Church CC, O'Hara MT, Hallerleck SM, et al. A comprehensive, multidisciplinary approach to providing health care for children in out-of-home care. *Child Welfare* 1997;76:331-47.
19. Oliván G. Maltreatment histories and mental health problems are common among runaway adolescents in Spain. *Acta Paediatr* 2002;91:1274-5.
20. Oliván Gonzalvo G. Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo. *An Esp Pediatr* 2002;56:219-23.
21. Needell B, Barth RP. Infants entering foster care compared to other infants using birth status indicators. *Child Abuse Negl* 1998;22:1179-87.
22. Oliván Gonzalvo G. Elevada incidencia de caries no tratada en dientes permanentes entre adolescentes en riesgo social. *An Esp Pediatr* 2002;57:270-1.
23. Oliván G. Untreated dental caries is common among 6 to 12-year-old physically abused/neglected children in Spain. *Eur J Public Health*. En prensa.
24. Wyatt DT, Simms MD, Horwitz SM. Widespread growth retardation and variable growth recovery in foster children in the first year after initial placement. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151:813-6.
25. Oliván Gonzalvo G. Evaluación del crecimiento recuperador en lactantes maltratados. *An Esp Pediatr* 2001;54:53-7.
26. Bel J, Natal A, Cachadiña F, Mainou A, Granada ML, Rodrigo C. Retraso de crecimiento y estado nutricional en niños ingresados en una institución de acogida. *Med Clin (Barc)* 2002;118:86-9.

27. Oliván G. Catch-up growth assessment in long-term physically neglected and emotionally abused preschool age male children. *Child Abuse Negl* 2003;27:103-8.
28. Oliván Gonzalvo G. Evaluación del estado nutricional de los menores que ingresan en centros de acogida. *An Esp Pediatr* 1999;51:643-7.
29. Chung EK, Webb D, Clampet-Lundquist S, Campbell C. A comparison of elevated blood lead levels among children living in foster care, their siblings, and the general population. *Pediatrics* 2001;107:E81. Disponible en: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/107/5/e81>.
30. Baron AM, Baron YM, Spencer NJ. The care and health needs of children in residential care in the Maltese Islands. *Child Care Health Dev* 2001;27:251-62.
31. Bundle A. Health of teenagers in residential care: Comparison of data held by care staff with data in community child health records. *Arch Dis Child* 2001;84:10-4.
32. Steel RW, O' Keefe MA. A program description of health care interventions for homeless teenagers. *Clin Pediatr (Phila)* 2001;40:259-63.
33. Rosenfeld AA, Polowsky DJ, Fine P, Thorpe M, Fein E, Simms MD, et al. Foster care: An update. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:448-57.
34. Blatt SD, Simms MD. Foster care: Special children, special needs. *Contemp Pediatr* 1997;14:109-29.
35. Harman JS, Childs GE, Kelleher KJ. Mental health care utilization and expenditures by children in foster care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:1114-7.
36. Schneiderman M, Connors MM, Fribourg A, Gries L, Gonzales M. Mental health services for children in out-of-home care. *Child Welfare* 1998;77:29-40.
37. Stein E, Evans B, Mazumdar R, Rae-Grant N. The mental health of children in foster care: A comparison with community and clinical samples. *Can J Psychiatry* 1996;41:385-91.
38. Horwitz SM, Simms MD, Farrington R. Impact of developmental problems on young children's exits from foster care. *J Dev Behav Pediatr* 1994;15:105-10.
39. Reams R. Children birth to three entering the state's custody. *Infant Ment Health J* 1999;20:166-74.
40. Clausen JM, Landsverk J, Ganger W, Chadwick D, Litrownik A. Mental health problems of children in foster care. *J Child Fam Stud* 1998;7:283-96.
41. Garland AF, Landsverk JL, Hough RL, Ellis-MacLeod E. Type of maltreatment as a predictor of mental health service use for children in foster care. *Child Abuse Negl* 1996;20:675-88.
42. Horwitz SM, Owens P, Simms MD. Specialized assessments for children in foster care. *Pediatrics* 2000;106:59-66.
43. Hukkanen R, Sourander A, Bergroth L, Piha J. Psychosocial factors and adequacy of services for children in children's homes. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1999;8:268-75.
44. Carrasco-Ortiz MA, Rodríguez-Testal JF, Hesse BM. Conduct problems in a sample of institutionalized minors with previous mistreatment. *Child Abuse Negl* 2001;25:819-38.
45. Weiner DA, Abraham ME, Lyons J. Clinical characteristics of youths with substance use problems and implications for residential treatment. *Psychiatr Serv* 2001;52:793-9.
46. Kools S. Self-protection in adolescents in foster care. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 1999;12:139-52.
47. Minnis H, Pelosi AJ, Knapp M, Dunn J. Mental health and foster carer training. *Arch Dis Child* 2001;84:302-6.
48. Horwitz SM, Balestracci KMB, Simms MD. Foster care placement improves children's functioning. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:1255-60.
49. Ruiz Cosano C, Muñoz Hoyos A, Molina Carballo A, Masegosa Jiménez C, Martínez Medina E, Molina Font JA. Análisis comparativo entre distintos modelos de acogida. *An Esp Pediatr* 1998;(libro de actas D):186-8.
50. Reddy LA, Pfeiffer SI. Effectiveness of treatment foster care with children and adolescents: A review of outcomes studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:581-8.
51. Simms MD. Medical care of children who are homeless or in foster care. *Curr Opin Pediatr* 1998;10:486-90.
52. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatrics AIDS. Identification and care of HIV-exposed and HIV-infected infants, children, and adolescents in foster care. *Pediatrics* 2000;106:149-53.
53. Zima BT, Bussing R, Crecelius GM, Kaufman A, Belin TR. Psychotropic medication use among children in foster care: Relationship to severe psychiatric disorders. *Am J Public Health* 1999;89:1732-5.
54. Leslie LK, Landsverk J, Ezzet-Lofstrom R, Tschann JM, Slymen DJ, Garland AF. Children in foster care: Factors influencing outpatient mental health service use. *Child Abuse Negl* 2000;24:465-76.
55. Morehouse E, Tobler NS. Preventing and reducing substance use among institutionalized adolescents. *Adolescence* 2000;35:1-28.
56. Comité Asesor de Vacunas (1998-2001), Asociación Española de Pediatría. Vacunaciones en el niño mal vacunado. En: *Manual de Vacunas en Pediatría*. Edición 2001; p. 439-42.
57. Comité Asesor de Vacunas (1998-2001), Asociación Española de Pediatría. Vacunas en adolescentes. En: *Manual de Vacunas en Pediatría*. Edición 2001; p. 407-16.
58. Smart JD. Public health nursing in children's protective services. *Public Health Nurs* 1999;16:390-6.
59. Oliván Gonzalvo G. Adopción internacional. *Guías Clínicas* 2002;2(5). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/adopcion.htm>.
60. American Academy of Pediatrics, Committee on Community Health Services. Health care for children of immigrant families. *Pediatrics* 1997;100:153-6.
61. Oliván Gonzalvo G. Evaluación del estado de salud y nutrición de los adolescentes inmigrantes ilegales de origen magrebí. *An Esp Pediatr* 2000;53:17-20.
62. Oliván Gonzalvo G. Adolescentes delincuentes: problemas de salud y recomendaciones sanitarias para centros de reforma juvenil. *An Esp Pediatr* 2002;57:345-53.
63. Nordhans BF, Solnit AJ. Foster placement. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1998;7:345-56.
64. DeLay T. Fighting for children. *Am Psychol* 2000;55:1054-55.
65. Courtney ME, Barth RP. Pathways of older adolescents out of foster care: Implications for independent living services. *Soc Work* 1996;41:75-83.
66. Courtney ME, Wong YI. Comparing the timing of exits from substitute care. *Child Youth Serv Rev* 1996;18:307-34.
67. Post SG, Fruting PR, Bennett J. The moral challenge of children at risk: Protective policies and pediatrics. A report of the Children's Services, Inc. Task Force of Greater Cleveland. *Clin Pediatr (Phila)* 1997;36:625-33.
68. Taussig HN, Clyman RB, Landsverk J. Children who return home from foster care: A 6-year prospective study of behavioral health outcomes in adolescence. *Pediatrics* 2001;108:E10. Disponible en: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/108/1/e10>.
69. Bergman AB. The shame of foster care health services. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:1080-1.