

Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en Centros de Acogida

G. Oliván Gonzalvo

Resumen. *Objetivos:* Evaluar las características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en Centros de Acogida.

Métodos: Estudio transversal durante seis años. Recopilación de datos a través de ficha de ingreso estandarizada. Evaluación del estado de salud por historia clínica y examen físico siguiendo protocolos estandarizados.

Resultados: Perfil menores (n=776). Demografía: varones 53.6% / mujeres 46.4%; edad media 7.3 ± 5.7 años; predominio de lactantes-preescolares (46.1%) y adolescentes (32.9%). Características familiares: convivencia en familias monoparentales (33.2%) y aparentales (18.4%); procedencia de familias de riesgo (53.7%) y multiproblemáticas (33.9%). Motivos de ingreso: negligencia (50.2%), incapacidad parental (24.2%), abandono (22%), abuso físico (20.1%), conducta disruptiva (17%), abuso emocional (11%), abuso sexual (3.2), varias razones (33.1%). Antecedentes personales: enfermedad crónica (4.4%), inmunización incompleta (20.1%), retraso psicomotor (4.2%), educación especial (3.3%), retraso/abandono precoz escolarización (34.6%). Estado de salud: anomalía en algún sistema corporal (66.1%) y en más de uno (42%); problemas más frecuentes: odontológicos (38.1%), dermatológicos (29.9%), visuales (18.4%), respiratorios (11.6%), ortopédicos (10.5%), retraso psicomotor (10.3%), óticos (8.1%) y oculares (6%). Acciones tomadas: prescripción terapéutica por enfermedad aguda (43.7%); derivación a otros servicios sanitarios (46.9%).

Conclusiones: Un elevado porcentaje de los menores que ingresan en un Centro de Acogida presenta problemas de salud física y mental. Estos problemas pueden ser identificados en el momento del ingreso, por lo que la intervención en el tratamiento y derivación de esta población de alto riesgo debería ser rápida y contemplada como una gran oportunidad para su solución.

An Esp Pediatr 1999;50:151-155.

Palabras clave: Centro de acogida; Niños; Estado de salud; Abuso infantil.

SOCIAL CHARACTERISTICS AND HEALTH STATUS OF CHILDREN ENTERING FOSTER CARE

Abstract. *Objective:* The purpose of this study was to assess the social characteristics and health status of children entering foster care.

Patients and methods: A cross-sectional study was performed over a 6-year period. Data was collected using a standardized entrance form. Using the child's medical history and a physical examination according to standardized protocols their health status was assessed.

Results: The following results were obtained on 776 children. Demography: 53.6% males and 46.4% females; mean age 7.3 ± 5.7 years and predominance of infants/preschoolers (46.1%) and adolescents (32.9%). Family characteristics: living in a single parent family (33.2%) or no parent family (18.4%) before placement; coming from a high-risk family (53.7%) and/or a family with multiple problems (33.9%). Reason for placement: neglect (50.2%), parental incapacity (24.2%), abandonment (22%), physical abuse (20.1%), child disruptive behavior (17%), emotional abuse (11%), sexual abuse (3.2%) and more than one reason (33.1%). Personal history: chronic illness (4.4%), incomplete immunization (20.1%), psychomotor delay (4.2%), special education (3.3%), and delay/precocious school abandonment (34.6%). Health status: abnormality in at least one body system (66.1%) and more than one (42%), the most frequent health problems included problems in odontology (38.1%), dermatology (29.9%), vision (18.4%), respiration (11.6%), orthopedics (10.5%), psychomotor delay (10.3%), otology (8.1%) and ocular (6%). Actions taken included: therapeutic prescription for acute illness (43.7%) and referral to other sanitary services (46.9%).

Conclusions: A high rate of children entering foster care present physical and mental health problems. These problems can be identified at the time of entrance into foster care; therefore, early intervention in the treatment and referral of this high-risk population must be undertaken as a great opportunity to solve them.

Key words: Foster care. Children. Health status. Child abuse.

Introducción

Es lógico suponer que los menores que ingresan en un Centro de Acogida (CA) presenten con mayor frecuencia y severidad problemas de salud, y tengan unas necesidades sanitarias especiales originadas por las circunstancias sociofamiliares en las que vivían, por sus experiencias previas al ingreso y por los fenómenos traumáticos que éste comporta⁽¹⁾. Por ello, todos los menores que ingresan en un CA deben ser sometidos a una completa evaluación sanitaria a su entrada, con la finalidad de identificar precozmente problemas de salud agudos o crónicos que requieran un tratamiento inmediato o a corto plazo^(2,3).

Son escasos los estudios que evalúan el estado de salud de los menores en el momento de su ingreso en un CA y están realizados con poblaciones donde la problemática social, las políticas de bienestar social, el funcionamiento de los Centros de Acogida (CA) y las prioridades en las necesidades de salud, difieren de las de nuestro entorno⁽⁴⁻⁷⁾.

El objetivo del presente estudio es evaluar en los menores que ingresan en CA de nuestro entorno sociopolítico y sanitario:

Servicio de Pediatría. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo. Diputación General de Aragón.

Correspondencia: Gonzalo Oliván Gonzalvo. Camino de las Torres, 93, 1.º F. 50007 Zaragoza

Recibido: Junio 1998

Aceptado: Noviembre 1998

1. Las características demográficas, la problemática sociofamiliar de la que proceden, las causas que motivaron el ingreso y los antecedentes personales en los ámbitos sanitario y psicopedagógico.

2. El estado de salud en el momento de su ingreso, con el fin de identificar precozmente los problemas y necesidades de salud y tomar las medidas sanitarias adecuadas desde el punto de vista terapéutico y preventivo.

Pacientes y método

Estudio de carácter transversal durante un período de tiempo de 6 años (enero 1992-enero 1998). Se incluyeron los menores que ingresaron en los CA de la provincia de Zaragoza dependientes del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo de la Diputación General de Aragón. El ingreso se efectuó a solicitud del Juez, del Ministerio Fiscal o por resolución del Jefe del Servicio Provincial a propuesta de la Comisión de Evaluación.

La información sobre el menor ingresado y su familia se reflejó en una "ficha de ingreso" estandarizada que incluía: filiación, motivos del ingreso, informes sociales, psicológicos, pedagógicos, escolares, sanitarios y juridicológicos. También se obtuvo información a través de entrevistas con los trabajadores sociales y educadores responsables del caso y con el propio menor, cuando esta por su edad era posible.

Las razones por las que se produjo el ingreso fueron definidas de la siguiente forma⁽⁸⁾:

-Negligencia: situación en la que las necesidades básicas del menor, en las esferas física, social, psicológica y/o intelectual (p.e. alimentación, vestido, higiene y cuidados médicos, supervisión y vigilancia, condiciones higiénicas y seguridad en el hogar, área educativa, etc.) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro adulto del grupo familiar con los que convive.

-Abandono: situación en la que la persona que tiene la custodia legal del menor o, en su defecto, aquélla responsable de su bienestar, aun teniendo la posibilidad, rechaza total y deliberadamente las obligaciones parentales.

-Abuso físico: cualquier acción intencional, no accidental, producido por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el menor o le coloque en grave riesgo de padecerlo.

-Abuso sexual: cualquier clase de contacto sexual sobre un menor por parte de un familiar/tutor adulto desde una posición de poder o autoridad.

-Abuso emocional: cualquier acto que rebaje la autoestima del menor o bloquee las iniciativas infantojuveniles de interacción por parte de los miembros adultos del grupo familiar. En esta categoría se incluyen: la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, desvalorización, crítica o amenaza de abandono, la falta de comunicación, la educación en la intimidación, el confinamiento, la discriminación o las exigencias superiores a las propias de la edad o a sus capacidades.

-Incapacidad parental: situación en la que los padres o cuidadores están físicamente y/o mentalmente incapacitados para su cuidado o están encarcelados.

-Conducta disruptiva del menor: situación en la que los padres o tutores manifiestan o demuestran claramente su total incapacidad para controlar y manejar de manera adaptativa el comportamiento del menor.

La problemática sociofamiliar de la que procedían fue encuadrada en cuatro grandes grupos⁽⁹⁾:

a) Familias con problemática de toxicomanía: problemas de drogodependencia y/o alcoholismo, de años de evolución, con grave deterioro personal y social.

b) Familias con problemática de salud mental: deficiencia mental y trastornos mentales graves, sin tratamiento o con terapias sin continuidad.

c) Familias "de riesgo": amplio y heterogéneo grupo de familias que abarcan dentro de sí mismas múltiples causas de riesgo y predisposición al abuso y/o negligencias (p.e. madres adolescentes; embarazos no deseados; progenitores "border-lines" en sentido psiquiátrico e intelectual; historia transgeneracional de institucionalización; situación de separaciones familiares y familias mal reconstituidas con sucesivas parejas de los padres; maltrato entre la pareja; problemas inherentes de la prostitución, proxenetismo, inmigración, paro, delincuencia, pobreza económica y cultural.

d) Familias "multiproblemáticas": combinan problemáticas de a), b) y/o c).

El estado de salud fue determinado por la historia clínica y el examen físico, siguiendo protocolos elaborados por el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo de la Diputación General de Aragón⁽⁹⁾, Sección de Pediatría Extrahospitalaria de la Asociación Española de Pediatría⁽¹⁰⁾ y Ministerio de Sanidad y Consumo^(11,12). La historia clínica incluía el antecedente de alergias, enfermedades crónicas o uso común de medicación y el estado de inmunización. El examen físico incluía una exploración completa por órganos y sistemas corporales. En los menores de 6 años se realizó una evaluación del desarrollo psicomotor utilizando la Escala de Denver simplificada⁽¹¹⁾. En los mayores de 6 años se realizó screening de la agudeza visual mediante optotipos y screening de la agudeza auditiva mediante pruebas funcionales clínicas subjetivas, remitiendo al oftalmólogo y otorrinolaringólogo, respectivamente, si se detectaba alguna anomalía para su confirmación⁽¹²⁾. Las alteraciones detectadas en la exploración física se registraron siguiendo sistema protocolizado para Centros de Atención Primaria⁽⁹⁾.

Tras la evaluación inicial del estado de salud se procedió, en los casos que lo precisaron, a las siguientes actuaciones: prescripción terapéutica y/o derivación a otro servicio, distinguiéndose dos tipos de derivaciones:

-Urgente o inmediata: derivaciones al servicio de urgencia y/o forense por reciente, previamente no sospechado, abuso físico y/o sexual; a médicos especialistas para asesoramiento adicional de enfermedades agudas; a odontólogo por severa en-

Tabla I Convivencia previa y problemática sociofamiliar de los menores ingresados en un Centro de Acogida

Convivecia previa con:	Número	Porcentaje
* Los dos padres	332	42,8
* Sólo la madre	225	29,0
* Sólo el padre	33	4,2
* Madre y compañero	32	4,1
* Padre y compañera	11	1,4
* Otros parientes	72	9,3
* Otros cuidadores	71	9,1
Problemática sociofamiliar		
	Número	Porcentaje
* Familia normalizada	63	8,1
* Toxicomanía	200	25,8
* Enfermedad mental	96	12,4
* Familia "de riesgo"	417	53,7

* Familia "multiproblemática"	263	33,9

n = 776		

fermedad dental; a servicios de salud mental para el tratamiento de episodios agudos de carácter psiquiátrico y tratamiento de drogodependencias.

-No urgente o programada: derivaciones a otros médicos especialistas para el seguimiento de enfermedades agudas o crónicas; a odontólogo para tratamientos no demorables; a servicios de ginecología/planificación familiar para el diagnóstico de embarazo, enfermedades de transmisión sexual y/o asesorar sobre métodos anticonceptivos; a servicios de salud mental para el seguimiento de enfermedades psiquiátricas; a laboratorio para análisis clínicos y/o estudios serológicos en individuos expuestos a factor de riesgo; a servicios de inmunización para completar o iniciar vacunaciones.

Resultados

Número de menores incluidos en el estudio: 776 (416 varones [53,6%] y 360 mujeres [46,4%]). Edad media de $7,3 \pm 5,7$ años. Distribución por grupos de edad: lactantes-preescolares (0-5 años): 46,1% (192v/166m); escolares (6-11 años): 21% (89v/74m); adolescentes (12-17 años): 32,9% (135v/120m).

En la tabla I se muestra con quien vivían los menores antes de su ingreso en un CA y la problemática sociofamiliar de la que procedían. Destaca que el 33,2% de los menores vivían en familias monoparentales y el 18,4% no convivía con alguno de los progenitores. Respecto a la problemática sociofamiliar destaca que el 53,7% de los menores procedía de familias "de riesgo" (la problemática más prevalente era, en orden decreciente, la inherente a la pobreza económica y cultural, paro, prostitución, delincuencia, maltrato entre la pareja, maternidad adolescente, separaciones familiares e inmigración) y el 33,9% procedía de familias "multiproblemáticas".

En la tabla II se muestran las razones por las que se produ-

Tabla II Razones por las que se produjo el ingreso y antecedentes personales de los menores

Razones del ingreso:	Número#	Porcentaje
* Negligencia	390	50,2
* Incapacidad parental	188	24,2
* Abandono	171	22,0
* Abuso físico	156	20,1
* Conducta disruptiva del menor	132	17,0
* Abuso emocional	86	11,0
* Abuso sexual	25	3,2
# Las cifras superan el número total de menores porque en 257 de ellos (33,1%) existía más de una razón para el ingreso.		
Antecedente personal:		
	Número	Porcentaje
* Enfermedad crónica	34/776	4,4
* Inmunización incompleta/ausente	156/776	20,1
* Trastornos psicomotricidad	15/358	4,2
* Educación especial	14/418	3,3
* Retraso/abandono precoz escolarización	145/418	34,6

jo el ingreso de los menores en un CA y sus antecedentes personales sanitarios y psicopedagógicos. Destaca la actitud negligente sobre el menor como principal motivo de ingreso (50,2% del total) y que en un 33,1% de los menores existía más de una razón para el ingreso. Todos los casos de conducta disruptiva se produjeron en niños/as de más de diez años y los trastornos del comportamiento más frecuentemente mencionados fueron las fugas reiteradas del hogar, las conductas antisociales, la ansiedad/agresividad, la drogadicción, la promiscuidad sexual y los intentos frustrados de suicidio. Todos los casos de abuso sexual se produjeron en niñas de más de 6 años. Respecto al antecedente de enfermedad crónica destacaban las de origen infeccioso (VIH, hepatitis B y C), neuropsiquiátrico (parálisis cerebral, epilepsia, esquizofrenia) y respiratorio (asma bronquial).

En la tabla III se resume el porcentaje de menores con anomalías observadas en la exploración física por sistemas corporales a su ingreso en un CA. Las anomalías físicas que con mayor frecuencia se objetivaron fueron: las odontológicas (caries, periodontitis, gingivostomatitis, malposición / maloclusión), las dermatológicas (pediculosis, eccemas, micosis, impétigo, lesiones cutáneas accidentales / no accidentales, sarna), las oftalmológicas [visuales y oculares] (errores de refracción, agudeza visual reducida, conjuntivitis, estrabismo), las del sistema respiratorio (bronquitis, rinofaringoamigdalitis, asma, neumonía), las del sistema locomotor (escoliosis, pies planos valgus, genu varo / valgo, dismetría de extremidades inferiores) y los trastornos del desarrollo psicomotor (test de Denver anormal). En menor proporción se objetivaron anomalías otorrinolaringológicas [óticas y de la audición] (otitis media aguda, otitis media crónica, otitis externa, hipoacusia, sordera), del sistema genitourinario (fimosia, criptorquidia, vulvovaginitis, balanitis, lesiones genitales no accidentales), del sistema cardiocirculatorio

Tabla III Anomalías detectadas en la exploración física de los menores a su ingreso en un Centro de Acogida

Anomalía	Número	Porcentaje
# En algún sistema corporal	513/776	66,1
# En más de un sistema corporal	326/776	42,0
* Dientes y sus estructuras de soporte	226/593	38,1
* Piel y cuero cabelludo	232/776	29,9
* Visión	77/418	18,4
* S. respiratorio	90/776	11,6
* S. locomotor	82/776	10,5
* Psicomotor (test Denver anormal)	37/358	10,3
* Oídos	63/776	8,1
* Ojos	47/776	6,0
* S. genitourinario	37/776	4,7
* S. cardiocirculatorio	30/776	3,8
* Abdomen	21/776	2,7
* S. nervioso	20/776	2,5
* Audición	6/418	1,4

(soplo cardíaco aún no diagnosticado), abdominales (hernias, hepatoesplenomegalia, distensión, dolor) y del sistema nervioso central y periférico (paresia espástica, hipotonía, discinesias, retraso mental).

En la tabla IV se describen las acciones tomadas tras la evaluación inicial del estado de salud de los menores ingresados en un CA. En el 43,7% de los menores fue necesario la prescripción terapéutica para el tratamiento de una enfermedad aguda y en el 46,9% se realizó la derivación, urgente y no urgente, a uno o más servicios sanitarios. Los estudios analítico/serológicos detectaron anemia ferropénica en 44 menores (17% de los analizados), parasitación intestinal [giardiasis, ascariasis, oxiuriasis] en 16 (6%), infección del tracto urinario en 14 (5%), infección por VIH en 14 (5%), infección por virus hepatitis C en 11 (4%), infección por virus hepatitis B en 5 (2%) e infección tuberculosa en 5 (2%). La evaluación ginecológica detectó enfermedad de transmisión sexual en 5 menores (20% de las evaluadas) y se diagnosticó embarazo en 4 (16%).

Discusión

De acuerdo con los resultados de este estudio el perfil socio-sanitario de los menores que ingresan en CA de nuestro entorno es el siguiente: no existe diferencia significativa por sexo, aunque predominan los varones; predominio de los lactantes-preescolares y adolescentes sobre el grupo de edad de escolares; elevada proporción de convivencia previa al ingreso en familias monoparentales y de no convivencia con sus progenitores; procedencia en su mayor parte de familias "de riesgo" o "multiproblemáticas"; la actitud negligente en la atención de las necesidades básicas del menor es el motivo más frecuente de ingreso seguido de la asociación de varias razones; baja proporción de antecedente de enfermedad crónica y de retraso psicomotor / educación especial; elevada proporción de inmunización in-

Tabla IV Acciones tomadas tras la evaluación inicial del estado de salud de las menores ingresadas en un Centro de Acogida

Acciones	Número	Porcentaje
Prescripción terapéutica		
* Antibiótico	78/776	10,0
* Otros medicamentos (sintomáticos o específicos)	262/776	33,7
Tipo de derivación a otro servicio		
* Urgente	54/776	6,9
* No urgente	311/776	40,0
Servicios de derivación (urgente y no urgente)		
* Odontología	159/418	38,0
* Analítica/serología	260/776	33,5
* Inmunizaciones	156/776	20,1
* Ginecología/planificación familiar	24/120	20,0
* Especialidades médico-quirúrgicas	154/776	19,8
* Salud mental (psiquiatría/drogodependencias)	33/418	7,9
* Especialidades médicas	38/776	4,9
* Urgencias/forense	8/776	1,0

completa / ausente y de retraso escolar / abandono precoz de la escolarización; alto porcentaje de menores con anomalías objetivables en uno o más sistemas corporales a su ingreso, siendo las más frecuentes las odontológicas, dermatológicas, oftalmológicas (visuales y oculares), del sistema respiratorio, del sistema locomotor y los trastornos del desarrollo psicomotor; elevada proporción de menores que precisan a su ingreso prescripción terapéutica para una enfermedad aguda y derivación a otros servicios sanitarios.

Este perfil presenta gran similitud con el aportado en otros estudios, aunque con ligeros matices, siendo las diferencias más significativas la existencia en éstos de una mayor proporción de menores que convivían en familias monoparentales y aparentales, que procedían de familias con problemática de toxicomanía, que tenían antecedentes de enfermedad crónica y de retraso psicomotor / educación especial y que presentaban anomalías objetivables en la exploración física a su ingreso^(5,7).

Respecto a las acciones tomadas tras la evaluación del estado de salud, el elevado porcentaje de menores en los que fue preciso la prescripción de fármacos para el tratamiento de una enfermedad aguda y que precisaron algún tipo de derivación a otros servicios sanitarios, así como la patología detectada en los estudios analíticos, son indicadores del deficiente estado de salud que, en general, presentan los menores que ingresan en CsA. Existen estudios que muestran que estos menores tienen significativamente más problemas de salud y de mayor severidad que los niños procedentes de ambientes de pobreza, pero que viven en un hogar familiar normalizado^(13,14). Los porcentajes de de-

rivación pueden parecer elevados respecto a otras poblaciones de menores que fueran atendidos en Centros de Atención Primaria con similar extensión de problemas de salud. Una postura liberal hacia la derivación fue el hecho de que estos menores deberían abandonar el CA en un plazo máximo de dos meses (además, muchos adolescentes se fugan en este intervalo de tiempo) y, una vez abandonado, en muchos casos no sería posible su seguimiento y seguirían sin tener resueltas sus necesidades sanitarias. El escaso número de derivaciones a los servicios de salud mental, a pesar del elevado porcentaje de casos con antecedentes de trastornos psicopatológicos y de conducta disruptiva, se explica porque todos los menores eran evaluados y controlados por los psicólogos asignados de los Equipos de Diagnóstico y Tratamiento. Investigaciones previas muestran que los menores que entran en CA presentan un alto riesgo de padecer problemas de conducta y de salud mental, tanto por las circunstancias sociales, familiares y personales que contribuyeron a su ingreso, especialmente si hubo abusos y negligencias, como por la experiencia, con frecuencia traumática, de la separación familiar y estancia en el CA^(5,13,15). Son necesarios estudios longitudinales para comprender las relaciones entre las necesidades de salud mental de los menores en el momento del ingreso en un CA y su morbilidad en salud mental a largo plazo.

Cuando un menor ingresa en un CA, la responsabilidad de su cuidado y bienestar depende de la Administración Pública, ya sea Estatal, Autonómica o Local. 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 ingresado es indispensable brindarle asistencia global, para reconocer sus problemas físicos de salud, emocionales, de desarrollo y educativos ya existentes y corregirlos apropiadamente. El fracaso en la identificación e intervención precoz de estos problemas 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 acogedora cuando el menor abandone el CA. El poder conocer, a través de estudios como el presente, datos sobre la prevalencia y rango de las necesidades de salud de estos menores en el momento de su ingreso, tiene claras implicaciones para la Administración Pública y para todos los profesionales que trabajan en el ámbito de la Protección de Menores, en particular para los Pediatras que los asisten⁽¹⁶⁾, para poder proporcionar unos mejores cuidados a esta población que debe ser considerada como de alto riesgo.

Agradecimientos

A todos los miembros del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo de la Diputación General de Aragón, en particular a los trabajadores sociales, educadores, psicólogos, pedagogos y médicos especialistas, así como a los médicos de otras instituciones (Servicio Aragonés de Salud, Insalud, Diputación Provincial de Zaragoza), con cuya labor cotidiana y colaboración se ha podido elaborar parte de este estudio. Al Dr. A. Ferrández Longás, por la revisión y comentarios al manuscrito y por su apoyo positivo.

Bibliografía

- 1 Oliván G, Fleta J, Baselga C, Andrés J, Magaña M, Nuel R. Centros de acogida de menores. *An Esp Pediatr* 1994; **41**:97-101.
- 2 American Academy of Pediatrics. Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. Developmental issues in foster care for children. *Pediatrics* 1993; **91**:1007-1009.
- 3 American Academy of Pediatrics. Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. Health care of children in foster care. *Pediatrics* 1994; **93**:335-338.
- 4 Shah CP. The value of admission medical in child welfare. *Ont Assoc Child Soc J* 1972; **15**:8-12.
- 5 Hochstadt NJ, Jaudes PK, Zimo DA, Schachter J. The medical and psychosocial needs of children entering foster care. *Child Abuse Negl* 1987; **2**:53-62.
- 6 Flaherty EG, Weiss H. Medical evaluation of abused neglected children. *AJDC* 1990; **144**:330-334.
- 7 Chernoff R, Combs-Orme T, Risley-Curtiss C, Heisler A. Assessing the health status of children entering foster care. *Pediatrics* 1994; **93**:594-601.
- 8 Equipo de Investigación Sociológica-Diputación General de Aragón. El maltrato a menores en la ciudad de Zaragoza. Ed. EDIS, S.A., Diciembre, 1992.
- 9 Historia clínica y sistema de registro en atención primaria de salud. Ed. Diputación General de Aragón: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, 1986.
- 10 Bras J, Febrer JM, González A, Marina C, Suárez J. Esquemas de Pediatría Preventiva. Ed. JR Prous, Barcelona, 1987.
- 11 Guía para la elaboración del programa del lactante y preescolar en atención primaria de salud. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Publicaciones, Documentación y Biblioteca. Madrid, 1990.
- 12 Guía para la elaboración del programa del escolar y adolescente en atención primaria de salud. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Publicaciones, Documentación y Biblioteca. Madrid, 1990.
- 13 Schor EL. The foster care system and health status of foster children. *Pediatrics* 1982; **69**:521-528.
- 14 Alperstein G, Rappaport C, Flanigan J. Health problems of homeless children in New York City. *Am J Public Health* 1988; **78**:1232-1233.
- 15 McIntyre A, Keesler TY. Psychological disorders among foster chil-