

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Departamento de Didáctica
de Las Ciencias Sociales y Experimentales



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

“ESTADO DE SALUD EN LOS ADOLESCENTES DEL CENTRO DE
PRIMERA ACOGIDA DE PROTECCIÓN DE LA COMUNIDAD DE
MADRID (2003-2007)”

Tesis Doctoral

Presentada por:

Fabriciana Ada Prada Belver

Bajo la dirección de la doctora:

Mercedes Manzanares Gavilán

Córdoba, 2009.

TITULO: *Estado de salud en los adolescentes del centro de primera acogida de protección de la comunidad de Madrid (2003-2007)*

AUTOR: *FABRICIANA ADA PRADA BELVER*

© Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. 2010
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396
14071 Córdoba

www.uco.es/publicaciones
publicaciones@uco.es

ISBN-13: 978-84-7801-991-5
D.L.: CO-196-2010

Ofrenda lírica. (Gitanjali)

“...Los que me aman en este mundo hacen todo cuanto pueden por retenerme; pero tú no eres así en tu amor, que es más grande que ninguno, y me tienes libre.

Nunca se atreven a dejarme solo, no los olvide; pero pasan y pasan los días y tú no te dejas ver.

Y aunque no te llame en mis oraciones, aunque no te tenga en mi corazón, tú amor siempre espera a mi amor...”

Rabindranath Tagore.

Poema 32.

Parafraseando a Tagore diría:

Así se queda el corazón de una madre cuando ve partir a sus hijas e hijos...

Fabri Ada

Dedicatoria para:

Ada, mi madre,
M^a Inés, mi abuela
y M^a Jesús, mi tía.

Por vosotras ha sido, es y será mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A mi Tutora y Profesora la Dra. Mercedes Manzanares Gavilán por tantas horas de dedicación durante todos estos años, al Profesor Dr. Juan Luque Leal por sus orientaciones y disponibilidad siempre que le he necesitado, al resto de mis profesores la Dra. M^a Dolores García Fernández, al Dr. Aureliano Sainz Martín y al Dr. Manuel Guillén Del Castillo por todo lo que me han aportado durante esta etapa de estudios.

A Don José Miguel Cabello Fernández, Director del Colegio Público "Hortaleza" quien confió en mí desde el principio y siempre ha estado con su presencia ayudándome incondicionalmente.

A Don José Manuel Huesca Melón, una de esas maravillosas personas que como ángeles irrumpen en la vida de otros, así es para mí este joven profesional que ha sido el bioestadista de mi Tesis, sin su aportación hubiese sido imposible poder terminarla con la calidad requerida.

A mis amigas/os y familiares sin su apoyo espiritual no habría culminado éste trabajo, gracias a su fidelidad me he sentido arropada siempre, ellas/os son:

Adelis y Evelia Vega González, Amelia Herrero Gozálbez, Ana Prieto Castillejo, Ángel e Isabel Cabello López, Benjamín Forcano Cebollada, Elena Rodríguez Martín, Elena y Mónica Romillo Díaz de Tuesta, Elizabeth Catalán Cickovic, Esther Irungaray Inda, Fabriciana Prada Belver, Fernando Barbosa Rodrigues, Fernando Marinero San Miguel, Gloria Sánchez Gómez, Gustavo Alberto León Díaz, Inmaculada García González, Ivis de las Mercedes Cabrera Delgado, Juana María Rodríguez Pérez, Ledis Delgado Rodríguez, Manuel Jiménez Ortega, Marcel Knörle, Marcelina Acero Rebollo, Marcos Vargas Hernández, Margarita Martínez Ramos, María Ángeles Garrido Marcos, María Antonia Brun Lapuente, María Caridad Bocija Nogués, María Concepción Bengoechea Zamalloa, María Concepción Manzanares Gavilán, María del Carmen Pardillo Larena, María del Carmen Besari Borilo, María del Prado Amores Dehesa, María Esperanza Tellería Ibarguren, María García Revilla, María José Ortega Garnacho, María Obdulia Mora San Román, María Moreno García, María Pérez Fernández, María Pilar Revilla Roldán, María Sonsoles Lázaro Pérez, María Teresa Cuesta Polo, Melissa Fernández Cabrera, Merly Knörle Izquierdo, Pedro Manuel Garamendi González, Pilar F. Vergara García, Pilar Rodríguez Seligrat, Ramón Traba Padín, Rosa M^a Martín Galán, Ruth Entenza Reguera, Severiano Sanz Gil, Sor Julia Contreras Narro, Teresa Martínez Diez, Trinidad Sanz Gil, Víctor Montiel Sánchez, Yordanka Ruiz Esquivel.

A mis compañeras/os de trabajo:

Adalinda Manzano Ovies, Ana Ruiz Sancho, Ángel Sánchez Milla, Antonio Dieguez Gómez, Antonio Dueñas Alonso, Antonio Escudero Nafs, Begoña Batres Campo, Berta López Tapia, Carlos Pereda Olarte, Carmen Martínez Arévalo, Catalina Briones Torrijos, Celso Arango López, Clara Isabel Pedraza Moreno, Darío Martínez Herrera, Dolores Moreno Pardillo, Empar Pineda Erdozia, Eugenio Díaz-Pavón, Isabel Villacorta Rubio, Jesús García Galán, Jesús Hernández Blázquez, Joaquín Esteban Gómez, José A. Díaz Huertas, José Blanco Castilla, José María Abadal Villayandre, José Ramón Torres Maldonado, Khadija Boussakla, Luis Poggio Moratinos, Mara Parellada Redondo, Marcelina Regadera Sánchez, María Ángeles Trebolle Muñiz, María del Carmen Moreno Ruiz, María José Heras Señas, María Victoria Ruiz Pérez, Marta Avenza Marco, Mercedes López Fernández, Mercedes Santos Santos, Mercedes Zahonero Coba, Miguel Ángel De Prada Junquera, Miriam Navarro Beltrá, Nadir Failahi, Nieves López Díaz-Plaza, Oscar García López, Oscar Pérez Pérez, Pablo Martín Fontelos, Rafael Muñoz Pacheco, Rogelio López-Vélez, Salim Zacarías Chami, Sara Moreno Márquez, Silvia Rojo López De la Osa, Sonsoles Larrauri Puebla, Susana Gerechter Fernández, Susana Sesmero Bustos, Teresa Gutiérrez Minguez, Zohra Merzougui.



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

DPTO. DE DIDÁCTICA DE LAS CIENCIAS
SOCIALES Y EXPERIMENTALES

**MERCEDES MANZANARES GAVILÁN, CATEDRÁTICA DE ESCUELA
UNIVERSITARIA Y PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA DE
LAS CIENCIAS SOCIALES Y EXPERIMENTALES DE LA UNIVERSIDAD DE
CÓRDOBA**

INFORMA:

Que el trabajo de tesis doctoral titulado **“Estado de salud en los adolescentes del Centro de Primera Acogida de Protección de la Comunidad de Madrid”** ha sido realizado por la licenciada D^a. Fabriciana Ada Prada Belver, bajo mi dirección, se considera finalizado y, estimo que reúne las condiciones necesarias para optar al grado de doctor por la Universidad de Córdoba.

Córdoba, 22 de junio de 2009

Fdo. Mercedes Manzanares Gavilán

RESUMEN

La inmigración es motivo de preocupación para nuestra sociedad y de manera especial la llegada masiva de adolescentes indocumentados en la última década.

La posible transmisión de enfermedades infecciosas crea alarma en nuestra población y establece estereotipos mal infundados en la mentalidad de la ciudadanía.

Los Centros de 1ª Acogida están destinados para amparar a aquellos menores desprotegidos que ingresan por procedimiento de urgencia. Los profesionales que aquí trabajan tienen la misión de realizar un estudio valorativo de la situación de los adolescentes y su familia para proponer a la Comisión de Tutela del Menor la medida más adecuada. Por este motivo y por la falta de investigaciones sobre este tema, me planteé realizar un estudio sobre el estado de salud que presentan los adolescentes autóctonos e inmigrantes, que ingresan en nuestro Centro de 1ª Acogida de Protección Hortaleza en la Comunidad de Madrid durante los años 2003, 2004, 2005, 2006 y 2007.

Con el objeto de que los recursos, que por Ley el estado español ofrece a los adolescentes hasta la mayoría de edad, no sean otorgados a adultos, en nuestra investigación hemos realizado un estudio de la edad ósea, para descartar la mayoría de edad y por tanto quien debe permanecer o abandonar la protección.

Hemos descrito por primera vez los trastornos de la comunicación presentes en estos adolescentes sujetos a protección.

Nuestra investigación es un estudio descriptivo de tipo cuanti-cualitativo, que nos ha permitido describir por primera vez, el estado de salud de la población inmigrante y autóctona en nuestro Centro de 1ª Acogida.

Así mismo, los resultados cuantitativos obtenidos nos confirman claramente que el estado de salud, de los adolescentes autóctonos e inmigrantes, es satisfactorio, las diferencias no son significativas. Los menores que necesitaron atención en las Urgencias Hospitalarias, lo hicieron por presentar patologías que en ningún momento significaron un riesgo para sus vidas, no necesitaron intervenciones quirúrgicas ni rehabilitación.

Para dictaminar la mayoría de edad en una persona no basta con la experiencia clínica, es imprescindible un estudio radiológico de la edad ósea, con el fin de ubicarla en una edad cronológica objetiva.

Los resultados cualitativos confirman que a pesar del grado de desorganización familiar y social de los menores autóctonos e inmigrantes, éstos mantienen el interés por incorporar hábitos (de higiene, sueño, alimentación...) y buscan una motivación y un rumbo a seguir en sus vidas.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
<i>PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO.</i>	1
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I. INMIGRACIÓN.	7
1. Significado del término inmigración	8
1.1. Aproximación histórica de los flujos migratorios hacia España.....	8
1.1.1. Contextos económicos y demográficos de estas migraciones	9
1.2. Las migraciones internacionales	11
2. Características de la población inmigrante	12
2.1. La interculturalidad y multiculturalismo.....	15
2.2. Los adolescentes	17
2.3. Los jóvenes	18
2.4. Adolescentes y jóvenes inmigrantes	20
3. Conflictos de identidad	23
4. Migración de Menores No Acompañados (MENA).....	26
4.1. Perfil de los MENA que llegan a España	26
4.2. Distribución por sexo	27
4.3. Vías y estrategias de entrada.....	28
CAPÍTULO II. LEYES DE PROTECCIÓN DEL MENOR.	31
5. Marco legislativo	32
5.1. Protección jurídica. Legislación en materia de protección de menores. Legislación en materia de extranjería. Legislación en materia de asilo	33
6. Atención a los MENA en España	34
7. Área de Coordinación de Centros de Protección del IMMF	36
CAPÍTULO III. SISTEMA DE SALUD EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN RELACION AL NIÑO EN SITUACIÓN DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL	38
8. El niño en situación de riesgo.....	39
8.1. Derecho a la asistencia sanitaria, normativas que la recogen	39

CAPÍTULO IV. RESEÑA HISTÓRICA DEL CENTRO DE PRIMERA AGOGIDA DE PROTECCIÓN “HORTALEZA”. 42

9. Emplazamiento actual	45
9.1. Distribución general de las instalaciones	46
9.2. Justificación jurídica.....	46
10. Características generales del alumnado	48
10.1. Características de los alumnos de Infantil y Primaria	49
10.2. Características de los alumnos de 15-18 años	50

CAPÍTULO V. ENTIDADES NOSOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN LA ADOLESCENCIA. 53

11. La Salud Mental.....	54
11.1. Conceptos de Salud Mental	54
11.2. Síndrome de Ulises o Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (SIECM).....	55
11.2.1. Definición.....	55
11.2.2. Sinonimia	56
11.2.3. Duelo	57
11.2.4. Identificación del cuadro en los inmigrantes en situación extrema.	58
11.2.4.1. Estudio de los Estresores	58
11.2.4.2. Estudio de los Síntomas	63
11.2.5. Intentos autolíticos en adolescentes	72
11.2.6. Promoción de la Salud Mental	73
11.2.6.1. Nivel individual.....	73
11.2.6.2. Nivel comunitario.....	73
11.2.6.3. Nivel oficial.....	74
12. Enfermedades infectocontagiosas	74
12.1. La tuberculosis.....	74
12.2. Infección tuberculosa latente.....	78
12.3. Infecciones de Transmisión Sexual	79
12.4. Epidemiología del VIH.....	80

CAPÍTULO VI. IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ORAL EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. 83

13. Orígenes de nuestra lengua materna. El español	84
13.1. Castellano o Español	84
13.2. Historia de la Lengua Española.....	87
13.3. Consideraciones sobre el bilingüismo en inmigrantes	90
14. La Foniatría en España.....	94
14.1. Conceptos y Consideraciones.....	94
14.2. Relevancia del Lenguaje No verbal.....	96
14.3. Mediación Intercultural	97

CAPÍTULO VII. ASPECTOS MÉDICO-LEGALES EN LA DETERMINACIÓN DE LA EDAD ÓSEA EN LOS MENORES INMIGRANTES. 101

15. Consideraciones generales en la determinación de la edad ósea.....	102
15.1. Maduración ósea.....	103
15.2. Valoración de la edad ósea.....	103
15.3. Enfoque europeo en la determinación de la edad ósea.....	107
15.4. Enfoque americano en la determinación de la edad ósea.....	112
15.5. La Dentición.....	112
15.6. Determinación de la edad ósea en el Centro de 1ª Acogida Hortaleza en Madrid.....	113

SEGUNDA PARTE. PROCESO DE INVESTIGACIÓN 115

1. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA.....	117
1.1. Investigación Cualitativa.....	118
1.1.1. Características de la metodología cualitativa.....	120
1.2. Investigación Cuantitativa.....	120
1.2.1. Características de la metodología cuantitativa.....	121
1.2.2. Limitaciones cuantitativas.....	122
1.2.3. Diferencias entre investigación cuantitativa y cualitativa.....	122
2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	125
2.1. Protocolo de Ingreso.....	127
2.1.1. Organismos que derivan menores al Centro de 1ª Acogida Hortaleza.....	127
2.1.1.1. Derivado por un técnico del Área de Protección.....	127
2.1.1.2. Derivado por un técnico del Área de Coordinación.....	128
2.1.1.3. Derivado por Decisión Judicial.....	128
2.1.1.4. Derivado por Decisión del Fiscal.....	128
2.1.1.5. A instancias de los servicios de Seguridad del Estado.....	128
2.1.2. Documentación necesaria para el ingreso.....	129
2.2. Motivos de ingreso reflejados en el Art. 172 de la Ley del Cód. Civil 21/87.....	129
2.2.1. Inadecuado ejercicio de los deberes de protección motivados por.....	129
2.2.2. Imposible ejercicio de los deberes de protección debido a.....	129
2.2.3. Incumplimiento de los deberes de protección manifestado en.....	130
2.2.4. Conflicto familiar.....	130
2.2.5. Guardas o Tutelas.....	130
2.2.6. Situación de Desamparo.....	130
3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	131
3.1. Objetivos.....	135
3.2. Hipótesis.....	137

3.3.	Material y Métodos	139
3.3.1.	Instrumentos y material utilizados.....	139
3.3.1.1.	Informe médico	139
3.3.1.2.	Informe educativo	143
3.3.1.3.	Informe escolar alumna/o inmigrante	146
3.3.1.4.	Informe escolar alumna/o español/a	149
3.3.1.5.	Material técnico empleado	150
3.3.2.	Métodos	150
3.3.2.1.	Informe médico	150
3.3.2.2.	Informe educativo	152
3.3.2.3.	Informe escolar	154
4.	RESULTADOS.....	157
4.1.	RESULTADOS CUANTITATIVOS DE LOS DATOS CLÍNICOS	159
4.1.1.	Total de ingresos.	159
4.1.1.1.	Ingresos por Sexo y Origen.....	160
4.1.2.	Ingresos por Continente.	161
4.1.2.1.	Países de Procedencia	162
4.1.3.	Motivos de ingresos.....	162
4.1.4.	Medidas antropométricas.....	165
4.1.4.1.	Peso	165
4.1.4.2.	Talla	167
4.1.5.	Malos Tratos.	174
4.1.6.	Entidades nosológicas más relevantes	175
4.1.6.1.	Enfermedades infecciosas.	175
4.1.6.1.1.	Test de la tuberculina	176
4.1.6.1.2.	Caries dentales	177
4.1.6.2.	Enfermedades de la Piel.....	178
4.1.6.3.	Enfermedades de la Sangre.....	179
4.1.6.4.	Enfermedades del Sistema Nervioso.....	180
4.1.6.5.	Enfermedades Psiquiátricas	181
4.1.6.6.	Otras enfermedades.....	184
4.1.6.7.	Consultas externas	185
4.1.7.	Embarazos.....	186
4.1.8.	Grupos de Tóxicos	187
4.1.8.1.	Según el Sexo.....	187
4.1.8.2.	En autóctonos e inmigrantes	188
4.1.8.3.	Prevalencia de tóxicos en autóctonos e inmigrantes.....	189
4.1.9.	Vacunas.....	190
4.1.10.	Trastornos de la Comunicación Oral	191
4.1.11.	Estudio de la Edad Ósea.....	193
4.1.11.1.	Coincidencias y Discordancias	193
4.1.11.2.	Coincidencias y Discordancias Marruecos/Resto de África.....	193
4.1.11.3.	Correlación Clínico - Radiológica	194
4.1.11.4.	Correlación Clín. - Radiológica Marruecos/Resto de África.....	194
4.1.11.5.	Correlación entre el Juicio Clínico y el Juicio Radiológico.....	195

4.2.	RESULTADOS CUALITATIVOS DE LOS INFORMES EDUCATIVOS Y ESCOLARES.....	197
4.2.1.	Informes Educativos. Consideraciones generales.....	197
4.2.1.1.	Conducta con los adultos.....	199
4.2.1.2.	Conducta con sus iguales.....	200
4.2.1.3.	Hábitos.....	200
4.2.1.4.	Motivación.....	201
4.2.2.	Informes Escolares.....	202
4.2.2.1.	Idioma Español.....	202
4.2.2.2.	Nivel de Escolarización.....	202
4.2.2.3.	Orientación a Seguir.....	203
5.	DISCUSIÓN.....	209
5.1.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS CUANTITATIVOS DE LOS DATOS CLÍNICOS.....	211
5.2.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS CUALITATIVOS.....	225
5.2.1.	Informes Educativos.....	225
5.2.2.	Informes Escolares.....	226
6.	CONCLUSIONES.....	227
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	231
8.	ANEXOS.....	261

PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN.

España es para todos los hispanohablantes una meta alcanzar, más notable si existen vínculos materno y paterno filiales con este país, e incluso, si el parentesco afectivo es muy lejano, se desea con ilusión poder visitarlo algún día, todos queremos entrar a este mini continente, para conocer nuestras raíces, a la familia, comunicarnos con ellos a través de nuestra lengua materna, o averiguar el lugar donde vivieron nuestros antecesores; llegar a experimentar esa emoción ante las primeras glosas del castellano en el Monasterio de Yuso en la Rioja, o estar en el puerto de Bilbao donde zarpó el “Marqués de Comillas” en la década de los cuarenta, descubrir los diversos lugares que son Patrimonio de la Humanidad a lo largo de toda la península ibérica, su cultura, su gastronomía, su religión, su democracia, su solidaridad sin límites a través de la historia. Sólo viviendo en España logras sintonizar emocionalmente con su idiosincrasia y la llegas a amar tanto, como al país que te vio nacer.

Cuando logramos trabajar en una profesión a la que nos hemos dedicado por vocación, todo lo demás nos parece hermoso; cada ser humano tiene derecho a ser respetado independientemente de su origen, sexo, etnia, religión, recibir educación, asistencia sanitaria adecuada, y debe contribuir con los impuestos, al igual que lo hacen los naturales del país de acogida, respetar las leyes de la sociedad con tanto celo, como si estuviesen en su tierra natal, esta corresponsabilidad supone, como indica Pumares, P (1998), replantearse la idea de que son los inmigrantes los que se adaptan a la sociedad mayoritaria puesto que lo ilógico sería al revés. Es precisamente a partir de esta reflexión vivida, cuando comienzo a imaginar los primeros destellos de lo que sería el tema de mi Tesis Doctoral: La salud de la población inmigrante.

La investigación se desarrolla en el Centro de 1ª Acogida de Protección Hortaleza, esta entidad acoge las urgencias sociales en adolescentes, desde los 15 hasta los 18 años que se encuentran en la Comunidad de Madrid. En ella se realiza un estudio descriptivo sobre el estado de salud de los menores que ingresaron durante los años 2003, 2004, 2005, 2006 y 2007.

El gobierno español cumple con la Convención de los derechos del Niño de Naciones Unidas de 1989 y desarrolla a través de la red de protección en las distintas autonomías, programas para atender y promover la salud de los menores en situación de riesgo y las/los adolescentes inmigrantes que llegan a España.

En la bibliografía española, sólo existen dos estudios descriptivos en Centros de 1ª Acogida, uno realizado por Zahonero Coba, MM & col (2000) en Madrid y el otro estudio hecho en la Comunidad Aragonesa por (Oliván Gonzalvo, G 1999).

En la Comunidad de Madrid se inicia la protección desde que los miembros del GRUME (grupo especializado en menores) dentro de las fuerzas de seguridad del estado, detectan a los adolescentes en situación de desprotección, también a través de los servicios sociales, ONGS, o por algún particular que avise.

Cuando estos adolescentes carecen de identificación se les realiza una valoración, en todos los hospitales de la red sanitaria que cuentan con urgencias radiológicas, para identificar la edad ósea y brindarles la protección a los menores de 18 años. Una vez captados se llevan al Centro de 1ª Acogida de Protección Hortaleza, donde se les hace el ingreso por parte de los educadores, cumplimentando en un modelo los datos personales, se les facilita ropa limpia, una bolsa de aseo y se les pasa a planta para enseñarle cual va a ser su habitación, posteriormente son atendidos por la dirección y al finalizar lo envían a enfermería.

No siempre hemos contado con la ayuda de la mediadora intercultural en árabe y/o francés para realizar la historia clínica, por ello se hace oportuno y necesario que cada profesional utilice conocimientos y habilidades que le permitan comunicarse, aunque no hablen su misma lengua materna; el lenguaje no verbal es en estos casos muy útil; pero lo que más agradecen estas/os jóvenes es la acogida y profesionalidad con que se les trata minimizando así el grado de agresividad, tensión y miedo que traen.

En dependencia del estado emocional que conserve ese adolescente, se le realizará en el momento o en las primeras 72 horas la Prueba del Mantoux y/o Test de la Tuberculina, para determinar si ha estado en contacto o no, con la bacteria que produce la Tuberculosis.

En esa misma semana se les practicarán analíticas para conocer si tienen anemia, o alguna enfermedad infecciosa del tipo de Hepatitis B, C o VIH; se administrarán medicamentos si lo necesitan, se mantendrán interconsultas con otros especialistas y los casos que lo requieran, ingresarán en los Hospitales que nos corresponden: el Hospital Universitario Ramón y Cajal y el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, si padecen de algún cuadro clínico que lo precise.

Como parte de la dinámica de trabajo del Centro, se le asigna a cada menor un educador tutor para que haga un informe educativo reflejando sus hábitos, habilidades, comportamiento, las relaciones entre iguales, su conducta que junto al informe médico, psicológico y escolar expedido por los profesores que les atienden, sirva para orientar la propuesta del futuro recurso, en otro centro de la red de protección.

La estancia de estos jóvenes es aproximadamente treinta días. Al marcharse el Servicio de Enfermería, emite un informe médico actualizado del tratamiento que tiene en ese momento, así como las consultas especializadas que están pendientes para que siga bien atendido en su nuevo destino. Todos al egresar llevan acotados en su cartilla de vacunación las primeras dosis de las vacunas de Hepatitis B y la del Tétanos Difteria, así como el resultado de la Prueba del Mantoux y si coincide su ingreso con el período de vacunación para la gripe, octubre - noviembre también se les administra. Desde el primer encuentro con estos adolescentes insistimos en las normas de higiene personal y general, hemos coordinado con el Ayuntamiento del Área 4 de la Comunidad de Madrid, para que nos visiten cada dos meses y desarrollen Talleres de Educación Sexual, con el objetivo de incrementar sus conocimientos sobre estos temas.

Todas estas acciones que realizamos a diario van encaminadas a mejorar su calidad de vida personal, porque sabemos que la gran mayoría de estas/os inmigrantes se quedan en España y acceden al mundo laboral, sólo aquellos que por circunstancias secundarias al consumo de tóxicos, delinquen, tienen que pasar a los centros de reforma, el resto integrado en la red de protección, por lo general llegan a aprender un oficio, que les permita insertarse en la sociedad española.

En relación a los menores autóctonos, los problemas de salud más frecuentes son los de salud mental y los derivados del consumo de tóxicos. Las conductas *disruptivas* exhibidas por algunos adolescentes hacen necesario la valoración del especialista en Psiquiatría y en ocasiones su ingreso en la Unidad de Adolescente del Hospital Gregorio Marañón; si algunas/os poseen antecedentes de consumo de tóxicos, se intenta *negociar* con ellos para que ingresen en un centro específico de Desintoxicación. Las/los que acuden por Malos Tratos se intervienen con apoyo psicológico desde el inicio como está establecido en los protocolos y siempre con la ayuda de los servicios sociales de zona.

CAPÍTULO I: INMIGRACIÓN.

1. Significado del término inmigración.

El vocablo inmigrar, proviene del latín “immigrare”: dicho del natural de un país, llegar a otro para establecerse en él, especialmente con idea de formar nuevas colonias o domiciliarse en los ya formados. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. (DRAE 1995).

El hombre desde sus orígenes ha sido un ser migratorio, en el mundo antiguo es conocido el deber de “hospitalidad” hacia el forastero como un aspecto característico de la idiosincrasia de los pueblos semitas y mediterráneos, los beduinos del desierto y los pueblos nómadas, los hebreos, los griegos y los romanos acreditan sus costumbres hospitalarias ateniéndose a razones humanitarias y por motivos religiosos. (Cervantes Gabarrón, J 2001).

En la inmigración concurren tres factores esenciales: *la desigualdad económica, la movilidad social y el coraje personal.*

En *primer lugar* el conflicto migratorio está provocado por el sufrimiento que causa la doble desigualdad: la que existe entre Norte – Sur y la actual dentro del mismo Sur.

En *segundo lugar* la movilidad que ha transformado a los seres humanos de sedentarios en transeúntes, gracias a las nuevas tecnologías las personas dejan de estar domiciliadas en moradas fijas y estables, para convertirse de nuevo en nómadas.

En *tercer lugar* la desigualdad y la movilidad necesitan del coraje para explicar el hecho migratorio, no sólo emigran cuando están hambrientos de pan, sino cuando tienen el coraje suficiente para desafiar las condiciones adversas y aprovechar las oportunidades que posibilita el desarrollo industrial.

Los que emigran son los mejores, aquellos que se atreven a hacerlo es porque en su horizonte mental está poder mejorar su situación de origen. (García Roca, J 2002).

1.1. Aproximación histórica de los flujos migratorios hacia España.

La inmigración es un tema complejo y a la vez sencillo, pues las migraciones son un elemento natural de la Historia de las Sociedades. Los flujos existen desde siempre y van a continuar ocurriendo, ello provoca crisis, enfrentamientos, desencuentros. Los movimientos de repoblación son los elementos claves de todas las sociedades. (Nair, S 2007).

Se plantea como período histórico a considerar el siglo XX y primeros años del XXI. En particular se proponen cuatro períodos: primera mitad del siglo XX; desde 1950 a 1975; desde 1976 a 1995; y la última década, 1996-2006.

1.1.1. Contextos económicos y demográficos de estas migraciones.

1º) *Primera mitad del siglo XX: una España agraria y emigrante.*

Desde comienzos del siglo XX hasta 1950, la sociedad española podía describirse, de forma simplista pero realista, como agraria y emigrante. La mayoría de la población activa estaba ocupada en tareas agrícolas y los flujos de emigración suponían un caudal significativo.

Hacia países de América salieron unos 3,5 millones de personas entre 1850 y 1950; a partir de la 1ª Guerra Mundial casi 500.000 personas se desplazaron hacia países europeos; y además en el protectorado español del norte de Marruecos, que se independizó en 1956, había unos 250.000 españoles. Por el contrario, a mediados de siglo, el número de extranjeros en España se situaba en torno a 56.000 personas. Por tanto, la relación entre emigrados e inmigrantes era de 100 a 1.

2º) *Desde 1950 a 1975. Despegue económico.*

Durante este período se produjo un importante proceso de desarrollo económico. La población agraria pasó a ser minoritaria y creció el sector industrial así como los servicios. El Producto Interior Bruto (PIB) se duplicó ampliamente y se redujeron las distancias con el resto de Europa (la renta por persona pasó del 58% de la media de los 15 países de la Unión Europea a cerca del 70%).

En el año 1975 más de la mitad de la población residía en zonas urbanas, recibía un salario con derecho a prestaciones sociales y sanitarias y comenzaba a acceder masivamente a la enseñanza pública y a una variada oferta de bienes de consumo. La tasa de natalidad era alta lo que hizo incrementar la población de 28 a 36 millones. A su vez se produjo una enorme movilidad de la población.

3º) *La sociedad española desde 1976 a 1995.*

Este período, caracterizado a escala mundial por la crisis del modelo económico y social de posguerra y la posterior globalización bajo la hegemonía de políticas neoliberales, comenzó en nuestro país en condiciones especiales. A partir del año 1976 en España se comenzaron a dar las bases para la instauración de la Democracia y con ella una mayor participación de la población en la vida social y política. Este proceso se vio inicialmente acompañado por una transferencia de rentas hacia los sectores de menos ingresos de la sociedad, mediante un refuerzo de los servicios públicos y de las prestaciones sociales.

La renta por persona, que se situaba por debajo del 70% de la media de la U.E. en 1975, pasa al 77% en 1992 y al 87,8% en 2002, si bien con importantes diferencias regionales. (Instituto Nacional de Estadística 2002).

La emigración masiva al exterior pasó de 100.000 emigrantes por año en los 60, a unos 25.000 en 1975 y a menos de 10.000 en 1991. Se estiman 650.000 retornados desde Europa en 1975, aún así, en 1996 las autoridades españolas contabilizaban de forma oficial la existencia de 2,1 millones de emigrantes en el exterior, el 37% en Europa y el 60% en América. (Dirección General De Ordenación De Las Migraciones 1997).

Entre 1975 y 1995 el número de residentes extranjeros, personas con permiso de residencia experimentó un crecimiento constante, pasando desde 165.000 a medio millón. El ritmo de crecimiento se ha acelerado en la década de los 90, es a partir del año 1998 en que los inmigrantes de terceros países superaron a los comunitarios, como veremos más adelante. A lo largo de este período se produjo la universalización de la asistencia sanitaria pública en España, la extensión de la edad de enseñanza obligatoria hasta los 16 años y la ampliación del sistema de pensiones y jubilaciones.

4º) *La España de la última década en el inicio del siglo XXI.*

La última década, especialmente a partir de 1997, registró un crecimiento sin precedente de los flujos de inmigrantes. Para contextualizar la magnitud y significación de este proceso conviene mencionar algunos rasgos clave de la situación del país en este período.

Analizando el Producto Interior Bruto desde el período 1995-2005, aumentó un 36% en términos reales, con un incremento anual medio de 3.3%. Este indicador, puramente “económico”, adquiere mayor significación si lo ponemos en relación con la población del país: el PIB per cápita experimentó un aumento mucho mayor (6,4% de incremento medio anual). Este crecimiento, mayor que el experimentado por la media de la Unión Europea, facilitó un acortamiento del secular diferencial negativo que separa a España de los países europeos más prósperos.

A finales de 2003, el PIB per cápita expresado en paridad de poder adquisitivo (adjudicando el valor 100 a la media de la UE-25) se situó casi en la media comunitaria 97,6; en 2005 se situó en el 98,2. Cifras que fueron superadas en siete comunidades autónomas Aragón, Baleares, Cataluña, La Rioja, Navarra, País Vasco y Madrid. Sin embargo, el Producto Interior Bruto generado por la economía española en 2006 ha registrado un crecimiento interanual real del

3,9%, cuatro décimas más que en el año 2005. Este ritmo de crecimiento es muy superior al mostrado por las economías de los países de la Unión Europea, que según los datos publicados por EUROSTAT, experimentaron un crecimiento del 2,9%, lo que implica una mayor convergencia real entre la economía española y las restantes de la Unión Europea. (Instituto Nacional de Estadística 2007).

En resumen, esta última década, en un contexto de baja natalidad y de envejecimiento poblacional, es la del despegue de la inmigración, que encuentra un período de expansión económica y aumento de oportunidades de empleo, para los que llegan a España buscando una calidad de vida. (Ver Anexo IX).

1.2. Las migraciones internacionales.

El hombre es considerado, uno de los seres vivos más migrante del planeta, desde sus orígenes se extendió por toda la tierra, controló las plantas, amaestró animales y creó sociedades estatales jerarquizadas e imperios, llegarían las conquistas militares, dominaciones de otros pueblos y las consecuentes migraciones creándose espacios cada vez más multiétnicos, pluriculturales y mestizos. (Cervantes Gabarrón, J 2001).

Desde los orígenes del mundo ha existido, existe y existirá la migración como un fenómeno social inherente a la raza humana, cómo es posible que a día de hoy existan en algunos sectores de la población mundial ese “odio” implacable al foráneo, al que es distinto, si todos los seres vivos poseemos el mismo código genético, todos con-vivimos en la misma casa, nos amamos y nunca estará justificada la violencia entre el género humano. (Schneider, H 1981).

Por tanto, ama, da alimento y vestido al extranjero que vive entre ustedes. Vosotros pues, amen al extranjero, porque también ustedes fueron extranjeros en Egipto. (Biblia, A.T. Deuteronomio 10, 18-19. 1997).

Hemos avanzado muchísimo en los aspectos científicos, descubrimos la secuencia del genoma humano, llegamos a otros planetas, deberíamos sentirnos orgullosos de nuestra especie, y de hecho lo estamos, pero a costa de que encuentres riqueza en algunos países y miseria en otros, ¿cómo sorprendernos de las migraciones a Europa desde las zonas más próximas como Marruecos, África y Europa del Este así como de América Latina?, siempre han existido, pobres y ricos, pero la diferencia está en que ahora las poblaciones desfavorecidas del tercer mundo ven, escuchan y sienten cómo viven, o “dicen” que viven, los habitantes del primer mundo, de ahí las inmensas desilusiones de muchos inmigrantes al llegar al norte desarrollado, se encuentran un desierto de espinas, duros trabajos, explotación, rechazos xenófobos y racistas, cuando no mueren en

las “pateras” del Estrecho, en busca de una mejor vida. (Calvo Buezas, T 2005a).

Un informe de Naciones Unidas en Enero del 2000 sugiere que Europa necesitará 159 millones de inmigrantes hasta el 2025 y España unos 300.000 por año, dado el envejecimiento de la población y la baja tasa de nacimientos. Tenemos una de las tasas de natalidad más baja del mundo (1.07 hijos por mujer en edad fértil). Este fenómeno de las migraciones no debe evaluarse como negativo, sino como una posibilidad de enriquecimiento mutuo, no sólo económico, de parte y parte, sino como un intercambio cultural que beneficia a ambos. La historia de las civilizaciones es la historia de las migraciones humanas. (Calvo Buezas, T 2005b).

En la situación actual, la presión migratoria es debida a:

Crecimiento Demográfico: hay un crecimiento sin precedente de la población mundial. A principios del Siglo XX existían 1,5 mil millones de habitantes, en 2005 había 6,5 mil millones de habitantes, la ONU cree que se estabilizará a partir del 2050 con 9 mil millones de habitantes. El avance de la historia está ligado al crecimiento de la población. Los países pobres contribuyen con más del 98% al crecimiento de la población mundial entre ellos África, Asia y América Latina.

Crecimiento Económico: Más de la cuarta parte de los habitantes que viven en países subdesarrollados no disponen de acceso al agua, a la salud, la inmensa mayoría de las personas mal viven.

Diferencias Políticas: Debe existir la expansión de la Democracia. Se ha de luchar para mejorar las condiciones de vida en los países de origen de los inmigrantes. África, India y los Países del Este, tienen sistemas dictatoriales. En África se desarrollan los mayores desplazamientos del mundo. Marruecos, Argelia, Túnez y Egipto reciben migrantes del sur; los movimientos migratorios en Somalia, Etiopía, en la República Democrática del Congo son imposibles de controlar. El continente africano es el crisol de los flujos migratorios entre África y Europa Occidental. (Näir, S 2007).

2. Características de la población inmigrante.

La realidad migratoria está dada por la llegada a la península de mujeres, hombres, niños, adolescentes y mayores de 65 años con poco o ningún medio económico acompañados de diferencias idiomáticas, culturales, climáticas, alimenticias, religiosas, ético-morales, mucho más acentuadas, por la edad, en la población adolescente.

Estas llegadas masivas legales o ilegales provocadas por el éxodo de regímenes totalitarios, reagrupamiento familiar, aspiración a mejoras económicas y sociales que les permitan ayudarse a sí mismos y al resto de las familias que dejan en sus países de origen, les obligan a enfrentar realidades en la mayoría de los casos desbordantes, para las que no están preparados ni pueden dar una respuesta a corto plazo.

Desde el punto de vista cultural, el subdesarrollo económico se traducirá en atraso respecto a la modernización; de modo particular, éste se reflejaría en el “trato denigrante” que se presta a las mujeres, carentes de oportunidades de desarrollo personal como la de asistir a la escuela o la violencia contra las mismas.

En principio, desde el optimismo culturalista del grupo, se considera que la estancia entre nosotros será positiva para estos sectores de inmigrantes “atrasados”, porque tendrán la ocasión de ver y aprender un modo de vida moderno y libre también para la mujer se “civilizarán” y modernizarán sus costumbres. (Dussel, E 2000).

A estos sectores migrantes “atrasados” se les impone, una disolución de la propia identidad, es decir, son considerados diferentes porque sus patrones culturales no son extrapolables a los del país de acogida, y por tanto requieren un proceso de asimilación - acomodación que les reportará un progreso personal. (Cea D`ancona, M^a A 2004).

El límite establecido para su aceptación en España será la incorporación de los valores considerados como universales, que son los de la modernidad europea. (De Prada, M.A 2005).

Características de las distintas etapas en la que las personas emigran: infancia, adolescencia, y adultez.

En la *infancia*, están sujetos a la determinación de sus progenitores, quizás económicamente en sus países de origen se empieza a temer por el futuro de la prole y los padres deciden emigrar en búsqueda de mejoras económicas, puede que se avecine la entrada de un nuevo régimen político que augure nefastas consecuencias para la familia, sólo cuenta la decisión de los adultos, aquí los niños no intervienen en lo absoluto. Esto es válido también para los autóctonos.

En la *adolescencia*, están pasando dos fenómenos distintos: en el caso de que el menor proceda de una “*familia estable*” se adaptará a las medidas y decisiones tomadas por el jefe, que por lo general es el padre; en el caso de que sea uno de los dos progenitores el que viaja, el otro se quedará con el resto de las/los hijos hasta que las condiciones de bienestar en el país acogedor sean lo suficientemente aptas para poder reagruparse, el que se queda, rompe totalmente el vínculo con ese menor, y el que marcha con el adolescente ha de hacer frente

a toda dificultad por difícil que sea para establecerse dignamente y se ha de ocupar de la educación de ese hijo/ja que comenzará a vivir o ya está viviendo esa etapa crucial de su vida que es la adolescencia.

Si el adolescente que emigra proviene de “*familias desestructuradas*” en lo emocional y económico, éste vive por lo general en la calle diariamente está sujeto a las “malas compañías”, delinque, consume “drogas”, se prostituye, y va estableciendo un vínculo muy fuerte con otros chicos que ya han abandonado el seno familiar y están disfrutando de la protección del menor que ofrecen algunos países como es el caso de España, ¿cuál es la palabra de orden para ellos?, emigrar, no importa que sea a costa de su propia vida, hay que salir del país de origen.

Durante la adolescencia se está dispuesto a morir en aras de un amor, un ideal, hay que viajar, da igual que sea en una patera, en el camarote de un barco de polizonte, en los bajos de un camión en las fronteras, vale la pena arriesgar la vida para llegar a lo que los antiguos llamaban “LA TIERRA PROMETIDA” y encontrar un trabajo para poder sobrevivir.

Este sueño es el que tienen los menores extranjeros no acompañados (MENA), son esos adolescentes que día a día atraviesan el estrecho con el único objetivo de llegar a Andalucía, a las Islas Baleares, o las Islas Canarias para luego instalarse en un Centro de 1ª Acogida de Protección y poder tener papeles, trabajo y no ser repatriados.

En *la adultez*, ocurren situaciones muy distintas, emigran: por problemas ético-político-religiosos, ausencia de libertad de expresión, estar acosados, vigilados y tener que asentir con la cabeza a todo lo que se les diga porque si no pierden el trabajo, o el status social alcanzado; lo que ganan no es suficiente para alimentar a sus hijos y sienten la necesidad de buscar nuevos horizontes que les proporcionen calidad de vida; por pasar los últimos años de su existencia en un lugar donde respeten su dignidad sin más, ya que en esos momentos no tienen nada que perder, peor de lo que están no “estarán” y si sus circunstancias les permiten emigrar, lo hacen con el objetivo de que sus descendientes no pasen por lo que ellos han pasado; emigran para poder conocer otros lugares del mundo y expresar lo que sienten sin miedo a que les escuchen y sean delatados a las autoridades; por el simple hecho de comprar con el dinero que ganan un par de zapatos, leer un libro que no pase por la censura, escuchar una cinta de música del artista preferido aunque sus ideas políticas no coincidan con las existentes en su país; se marchan porque ningún gobierno tiene el derecho a privarles de la información, como ocurre hoy en pleno Siglo XXI en algunos regímenes totalitarios, donde Internet sólo es accesible para algunos privilegiados.

2.1. La interculturalidad y el multiculturalismo.

Antes de pasar a definir la interculturalidad y el multiculturalismo es necesario tener en cuenta otro concepto que expondremos brevemente:

Cultura o civilización.

La primera definición del concepto etnológico de cultura data del 1871 en los dos volúmenes “Cultura primitiva” de Tylor Burnett, E (1958), tomadas en su sentido más extenso, es la expresión de la totalidad de la vida social del ser humano. Se caracteriza por su dimensión colectiva y es adquirida, no se origina en la herencia biológica, aunque su origen y características son inconscientes. Como vemos es un concepto universalista que se irá completando y ampliando con una concepción particularista además de renovarse con el desarrollo de diversas perspectivas de las ciencias sociales. (Cucho, D 1999).

Interculturalidad.

La aparición del término interculturalidad plantea las relaciones interétnicas, interlingüísticas e interreligiosas basadas en la convivencia de la diversidad. La interculturalidad es la interacción positiva en la relación entre el autóctono y el foráneo, es acercarse al otro sin miedos, es mutua adaptación, no es la asimilación. La interculturalidad sigue siendo un deseo y un proyecto sobre el papel, la interculturalidad va más allá de la multiculturalidad.

Multiculturalismo.

Es la primera expresión del pluralismo cultural, que promueve la no discriminación por razones de etnia o cultura, la celebración y reconocimiento de la diferencia cultural, así como el derecho a ella.

El multiculturalismo se ubica dentro de la filosofía antisimilacionista del pluralismo cultural, es tanto una situación de hecho como una propuesta de organización social.

Lamo de Espinosa, E (1995) define así ambos aspectos: “*entiendo por multiculturalismo la convivencia en un mismo espacio social de personas identificadas con culturas variadas, y entiendo también por multiculturalismo el respeto a las identidades culturales, no como reforzamiento de su etnocentrismo, sino al contrario, como camino más allá de la mera coexistencia, hacia la convivencia, la fertilización cruzada y el mestizaje*”.

El multiculturalismo es un concepto que, a partir de los años setenta, se ha incorporado al discurso de muchas disciplinas y que ha sido utilizado por muy distintos actores sociales: educadores, políticos, asistentes sociales. (Vertevic, S 1996).

Para muchos autores la *multiculturalidad* y el *multiculturalismo* se refieren a lo mismo, denotan un mismo modelo, aunque aún en esto también hay desacuerdo, puesto que llegan a considerarlo como “la negación misma del pluralismo”. (Sartori, G 2001)

Dentro del paradigma pluralista, el multiculturalismo surgió como un modelo de política pública ante el gran reto de las sociedades modernas de hacer frente cada vez más a grupos minoritarios que exigen el reconocimiento de su identidad y la acomodación de sus diferencias culturales como una filosofía o pensamiento social de reacción frente a la uniformización cultural en tiempos de la globalización.

En palabras de Jary, J. & Jary, D (1991): “*en oposición a la tendencia presente en las sociedades modernas hacia la unificación y la universalización cultural, el multiculturalismo celebra y pretende proteger la variedad cultural... al tiempo que se centra sobre las frecuentes relaciones de desigualdad de las minorías respecto a las culturas mayoritarias*”.

En la génesis y expansión del multiculturalismo fueron especialmente influyentes las líneas seguidas en Norteamérica y en algunos países de Europa Occidental, particularmente el Reino Unido. Aunque aún continúa sin existir una definición común sobre lo que debería ser una sociedad multicultural, se puede apreciar un punto de consenso en la definición de las sociedades multiculturales como aquellas que ofrecen una estructura dual: un dominio público en el que se debe respetar la igualdad de todos los individuos y grupos que conviven en un mismo territorio, y un dominio privado en el que la norma principal es el respeto a la diversidad y la unicidad de cada individuo o grupo. (Kymlicka, W 1996, Rex, J 1999).

Los principios básicos del multiculturalismo son:

Respeto y asunción de todas las culturas.

Derecho a la diferencia, no debe conducir a la diferencia de derechos.

Organización de la sociedad de tal forma que exista igualdad de oportunidades y de trato y posibilidades reales de participación en la vida pública y social para todas las personas y grupos con independencia de su identidad cultural, religiosa, lingüística y etnia.

La multiculturalidad, por sí sola, no garantiza la existencia de procesos, en nuestro caso educativos, de atención a la diversidad, ya que las acciones pueden estar dirigidas únicamente a la compensación de desigualdades y sustentarse en la necesidad de formar a “los venidos de fuera” en el contexto educativo de la cultura mayoritaria, la “de los de dentro”, con el objetivo de prepararles para que vivan en esta sociedad y se manejen en ella. (Julve, M. 2004).

Los inmigrantes que llegan a España se han formado con lenguas y programas educativos que nada tienen que ver con el nuestro, haciendo aún más complicada su integración social, esto les hace sentirse desculturizados, con dificultades para encontrar su verdadera identidad. Existen grandes diferencias en sus formas de vivir cada etapa de la vida: niñez, adolescencia, adultez y vejez, por lo que muchos se quedan al margen de la nuestra.

Su escasa formación en ocasiones les impide acceder a un puesto de trabajo digno para mantener su sustento económico, si ellos no hacen lo posible por adaptarse a esta sociedad que les acoge y no se esfuerzan por integrarse en ella, podrán convertirse fácilmente en grupos de riesgo social.

2.2. Los adolescentes.

De forma conceptual la adolescencia se constituye como campo de investigación dentro de la psicología evolutiva, gracias a los estudios del psicólogo norteamericano Stanley Hall que a principios del Siglo XX (1904) publicó un tratado sobre la adolescencia dentro de esta ciencia social. Para Hall, citado por Delval, J. (1998), la adolescencia es:

Una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se reproducen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el joven se encuentra dividido entre tendencias opuestas,[...] la adolescencia supone un corte profundo con la infancia, es como un nuevo nacimiento (tomando esta idea de Rousseau) en la que el joven adquiere caracteres humanos más elevados.

Desde el punto de vista biológico y fisiológico podemos comentar la siguiente definición: ...La adolescencia se extiende desde la pubertad hasta el desarrollo de la madurez reproductiva completa...

Si tenemos en cuenta el desarrollo cognitivo o intelectual:

En la adolescencia empieza la configuración de un razonamiento social, donde tienen mucha importancia los procesos identitarios individuales, colectivos y societales, los cuales aportan en la comprensión de nosotros mismos, las relaciones interpersonales, las instituciones y costumbres sociales. Es en esta fase en la que el razonamiento social del adolescente se vincula con el conocimiento del yo y los otros, la adquisición de las habilidades sociales, el conocimiento y aceptación/negociación de los principios del orden social, y con la adquisición y el desarrollo oral y de valores de las/los adolescentes. (Moreno, A., Del barrio, C 2000).

De forma resumida, todas las maneras de conceptualizar y delimitar los estudios sobre la adolescencia, ponen el acento en “las transformaciones físicas

y biológicas, intelectuales y cognitivas, de identidad y personalidad, sociales y culturales, morales y valóricas”. (Dávila León, O 2004).

Estas concepciones sobre la adolescencia pueden extractarse en tres teorías:

La teoría psicoanalítica, que concibe la adolescencia como resultado del desarrollo que se produce en la pubertad y que lleva a una modificación del equilibrio psíquico, produciendo una vulnerabilidad de la personalidad. A su vez, ocurre un despertar de la sexualidad y una modificación de los lazos con la familia de origen, pudiendo presentarse una desvinculación con la familia y de oposición a las normas, gestándose nuevas relaciones sociales y cobrando importancia la construcción de una identidad asociada con ella. Las causas internas son el principal factor al que se atribuye este proceso. (Erikson, E.H.1993).

La teoría sociológica, la adolescencia es el resultado de tensiones y presiones que vienen del contexto social, fundamentalmente en lo relacionado con el proceso de socialización que lleva a cabo el sujeto y la adquisición de roles sociales, donde la adolescencia puede atribuirse principalmente a causas externas al mismo sujeto.

La teoría de Piaget, revela los cambios en el pensamiento durante la adolescencia, el sujeto tiende a elaborar planes de vida y las transformaciones afectivas y sociales van unidas a estos cambios. La adolescencia es finalmente desde esta perspectiva, el resultado de la interacción entre factores sociales e individuales. (Delval, J 1998).

La etapa de la adolescencia se extiende desde los 11 en las féminas, 14 años en los varones hasta los 18 años tiempo que se alcanza legalmente la mayoría de edad, sin embargo para muchos científicos la madurez neurológica no coincide con la legal, estudios realizados por Giedd, J (2004) revelan que el cerebro acaba por desarrollarse a los 25 años, durante este tiempo se está sometido al “influjo hormonal” y necesitará más que en cualquier otra etapa de su vida el desarrollo de los controles cognitivos necesarios para un comportamiento maduro así como el apoyo emocional de sus padres, esto es tan válido para las/los adolescentes, porque si no existe un “líder” a quien tener de referencia, lo buscan en la escuela, en las amistades, en el entorno y ahí es donde comienzan los problemas de identificación con patrones antisociales de conducta.

2.3 Los jóvenes.

La etapa de la juventud depende de múltiples factores que van a condicionar la duración y el ritmo de este período de cambio y

transformaciones. Existe un amplio debate que a nosotros nos interesa particularmente para este estudio sobre la categoría *etaria de lo juvenil*. Convencionalmente, desde un perfil sociodemográfico se ha utilizado la franja entre los 12 y 18 años, para designar la adolescencia y para la juventud entre los 15 y 29 años.

La designación del período juvenil en determinados contextos y por sus usos instrumentales asociados se amplía hacia abajo o hacia arriba, pudiendo extenderse entre un rango máximo desde los 12 a los 35 años, según (Dávila León, O 2004).

La aportación en España de Reguillo Cruz, R (2002) explica esta condición de lo juvenil de la siguiente forma: La juventud como hoy la conocemos es propiamente una “invención” de la posguerra, [...] una geografía política en la que los vencedores accedían a inéditos estándares de vida e imponían sus estilos y valores.

La sociedad reivindicó la existencia de los niños y jóvenes, como sujetos de derecho y especialmente en el caso de los jóvenes como sujetos de consumo.

“Juventud edad que empieza en la pubertad y se extiende a los comienzos de la edad adulta”. Así lo viene definiendo desde la última década el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. (DRAE 2001).

En nuestros días, el culto a la juventud se ha convertido casi en una obsesión en el mundo occidental, y tanto los sociólogos como los medios de comunicación han aceptado la existencia de una verdadera cultura juvenil. Sin embargo, en la historia de la Humanidad no siempre estuvo tan clara la frontera entre la pubertad y la edad adulta, en algunos momentos la niñez desembocaba directamente en una vida laboral plena, sin embargo, esta situación a día de hoy sigue ocurriendo en países subdesarrollados de África, Asia y América Latina.

Otra referencia a la evolución histórica del concepto de juventud es la citada por Feixa, C (1999), desde el modelo de los “púberes” de las sociedades primitivas sin estado, los “efebos” de los estados antiguos, los “mozos de las sociedades campesinas preindustriales”, los “muchachos” de la primera industrialización, y los “jóvenes” de las modernas sociedades post-industriales.

La juventud como concepto es una condición social con cualidades específicas que se manifiestan de diferentes maneras, según las características históricas sociales de cada individuo. (Brito Lemus, R 1998).

Para Morch, S (1996), la conceptualización de la juventud pasa por un necesario encuadramiento histórico, que responde a condiciones sociales específicas que se dieron con la emergencia del capitalismo, el cual otorgó el denominado espacio simbólico que hiciera posible el surgimiento de la juventud.

La superposición entre jóvenes y adolescentes también se da en España, porque la edad convenida para definir lo juvenil está entre los 15 y 29 años al igual que en Cuba, Chile, Panamá o Paraguay.

2.4. Adolescentes y jóvenes inmigrantes.

En las últimas décadas, la presencia de inmigrantes del tercer mundo ha obligado a prestar atención a las múltiples interrelaciones que se crean entre las minorías, portadoras de diversidad cultural, y las sociedades que les acogen. A través de estas interrelaciones los diferentes estamentos sociales juegan un papel primordial como difusores y transmisores de patrones culturales.

Es por este motivo, y en el marco de una unidad europea en formación, que resultan fundamentales las investigaciones que analicen los marcos normativos dentro de los cuales se efectúa la inmigración, el tratamiento que se otorga a la diversidad, así como las estrategias de interrelación entre mayorías y minorías.

En un interesante artículo titulado “Adolescencia y Juventud: De las nociones a los abordajes”. Dávila León, O (2004) recoge los distintos fundamentos de la adolescencia y juventud, explicando que tales construcciones socio históricas, culturales y relacionales en las sociedades contemporáneas están en un proceso constante de cambio y significación, y que por eso es preciso “pluralizar..., hablar y concebir diferentes *adolescencias y juventudes*, en un amplio sentido de las heterogeneidades que se pueden presentar y visualizar entre adolescentes y jóvenes”.

Para nuestra investigación este enfoque es muy útil y necesario ya que nos ocupamos de adolescentes de origen extranjero y autóctono.

Existen algunos problemas que afectan directamente a los adolescentes y jóvenes de origen extranjero que viven hoy en Madrid, uno de ellos es el dominio de la lengua española. La comunicación es clave para el entendimiento, o para establecer unos mínimos y poder relacionarse. Los procedentes de países de habla hispana Argentina, Colombia, Cuba, Ecuador, Perú conociendo un vocabulario español distinto al que se utiliza en España tienen que ir asimilando poco a poco los localismos y los giros lingüísticos que caracterizan la unidad en la diversidad de su lengua materna.

En la investigación realizada por Barbosa Rodríguez, F (2006) sobre Jóvenes e inmigración en Madrid: Espacios de Sociabilidad, el objetivo principal ha sido conocer, analizar y entender cómo se configuran las relaciones sociales en espacios de sociabilidad entre adolescentes autóctonos e inmigrantes, que están aprendiendo a convivir y forman parte de la sociedad madrileña

actual; para ello es necesario reconocer que los jóvenes sea cual sea su procedencia geográfica, hoy por hoy son la diana de múltiples miradas.

Las percepciones negativas observadas en la opinión pública, muchas veces presentes también en los discursos de profesores, vecinos y padres autóctonos, acerca de la inmigración, proyectan sobre los espacios de sociabilidad colectiva (áreas deportivas, escuelas, parques o las zonas o barrios con mucha población inmigrante), una visión alarmista sobre estos lugares, como “terrenos abocados” a la existencia de tensiones y conflictos, en algunos casos reales y en muchos otros imaginados, fruto de un desconocimiento mutuo, entre los vecinos de origen extranjero y los autóctonos. (Pereda Olarte, Carlos 2005).

En el caso de los que proceden de África Sub-sahariana, Bulgaria, China, Marruecos, Rumania y el resto de países de Europa del Este tendrán más dificultades de adaptación lingüística, sin embargo, la superación de las trabas iniciales suelen depender de un buen contexto de acogida por parte de los profesionales que les atienden, (sobre este apartado describiremos más adelante algunas consideraciones sobre la relación médico-paciente y aspectos lingüísticos relevantes sobre la lengua materna de los hispanohablantes) además del apoyo crucial de la escuela por su carácter instructivo y formador, así como una buena dosis de voluntad individual y por último la adecuación de las administraciones públicas a la hora de ajustar sus procedimientos institucionales hacia políticas migratorias integradoras y no excluyentes.

Otros problemas suelen ser: su grupo étnico, la religión: adventista, católica, evangélica, musulmana, ortodoxa, el género: femenino-masculino, bagaje cultural, orientación sexual, la diversidad de experiencia antes de emigrar, los hábitos de consumo tales como: alcohol, tabaco, drogas. Sus objetivos y necesidades hacen que los adolescentes y jóvenes se encuentren en una situación compleja, pero también llena de nuevos desafíos y oportunidades, muchos de ellos difíciles y prometedores a la vez. (Giménez, C., Pérez, C 2003).

Los adolescentes y jóvenes en Madrid, comienzan generalmente a consumir alcohol y a fumar a la edad de los 13 años y el consumismo, se hace presente en casi todos los aspectos de su vida cotidiana. (Diario Digital de Información Social 2006).

Las etapas, de los adolescentes y jóvenes inmigrantes, no tienen que ver nada con las etapas de los adolescentes y jóvenes españoles; muchos no tuvieron la oportunidad de vivir esa época cándida de la niñez en compañía de sus padres, abuelos, les privaron de la ensoñación de los cuentos infantiles y de los juegos.

Aquellos que llegan en plena pubertad no pueden comprender ni ejercer de adolescentes como los chicos que les rodean, se encuentran envueltos en ésta

ineludible contradicción, ejercer como adolescente cuando en su país de origen ya vivían con la responsabilidad laboral y personal de los adultos.

En este sentido, existe el riesgo por un lado de “culturizar” las acciones o los proyectos, despojando a la diversidad de su dimensión global y a las personas de su individualidad, o por otro del proceso inverso, relativizando el hecho cultural, privándolo de su relevancia en los procesos de enseñanza-aprendizaje, de su peso en el proceso de integración social. (Julve, M 2005).

Los adolescentes y jóvenes inmigrantes que arriban a nuestro país están sujetos a cambios emocionales muy variables que afectan: la alimentación, los hábitos higiénicos, algunos se aíslan de sus compañeros, otros tienen crisis de agresividad que alternan con episodios de depresión, insomnio; a pesar de todo Tousignant, M (1992) señala que los adolescentes han de hacer frente a un mayor tipo de demandas porque disponen de mayores recursos personales para adaptarse a la nueva cultura.

El migrante suele ser una persona sana pero está expuesta a riesgos específicos tanto emocionales como de desgaste psicológico y físico que deben influir en la forma de abordar los procesos educativos. Al marchar, el que emigra, tiene que mantener los vínculos con el país de origen, porque a través de ellos, se expresa su personalidad y su identidad como persona y, a la vez, debe poner en marcha nuevos resortes que en parte sustituirán a los que deja atrás para adaptarse al país de acogida.

Entre los duelos que debe afrontar una persona que emigra está el de la familia y los amigos; el de la lengua, la cultura; la tierra; el estatus; el contacto con el grupo étnico o el de los riesgos físicos.

Otro aspecto relevante en la población inmigrante es el conocido como Síndrome de Ulises. Atxotegui, J (2004a), que está presente en la mayoría de ellos en mayor o menor proporción. Este síndrome se caracteriza por síntomas de ansiedad, depresión, tristeza, temores, irritabilidad, trastornos disociativos y psicosomáticos (cefaleas, dolores abdominales, fatiga intensa) y en el peor de los casos, trastornos de tipo psicótico que requieren el ingreso en salas psiquiátricas.

Al transcurrir los días en nuestro país, los adolescentes inmigrantes al compartir con sus coterráneos, conocen la consideración y respeto que se les da en España a los menores, su capacidad de adaptación y asimilación cambia, sacan de ellos mismos esa alegría que parecía mitigada por el sufrimiento, intentan esbozar sus primeras palabras en español, en otros aparecen en sus rostros tantas expresiones de alegría, inseguridad, miedo, esperanza, duda y es en ese instante donde los profesionales que estamos a su lado, comprendemos

que todavía tienen la oportunidad de experimentar ahora, lo que nunca antes habían vivido.

Aquellos menores que permanecen en el seno familiar llegan a ejercer de adolescentes siempre y cuando el entorno y sus familiares lo vean como algo apropiado. Permitirles que sean adolescentes “no está previsto” y supone para estas familias un desequilibrio añadido, ya que rompen con la tradición cultural y la forma razonable de ser y vivir que ellos tenían en sus países.

Ellos vivirán entre la contradicción de integrarse con sus iguales y ser rechazado por su familia o mantenerse fiel a la familia y ser rechazado por su grupo de iguales.

Veremos así que una de las líneas de acción pasa por el trabajo familiar para que todas las familias entiendan un poco mejor el mundo de la “adolescencia” sin incrementar sus angustias y sus desequilibrios.

Otro aspecto que no quiero pasar por alto es el consumo de drogas e inhalantes. Existe dentro de los adolescentes una cultura de “sentirse bien” sólo si se toma alcohol, cannabis ó hashish, 3,4 metilendioxitmetanfetamina éxtasis o MDMA, y en el caso de los marroquíes los inhalantes o pegamentos. El riesgo percibido por ellos, continúa siendo bajo, en particular de sustancias tales como: el alcohol, el cannabis y los inhalantes. (Sánchez Pardo, L 2000).

He observado en los adolescentes y jóvenes de Marruecos, una forma peculiar de autoagresión, cuando están deprimidos consumen inhalantes y como consecuencia se autolesionan cortándose la piel de los brazos y manos con cristales o cualquier objeto punzante, dejando como secuelas enormes cicatrices hipertróficas.

Estos menores con adicciones a los disolventes presentan un deterioro de sus funciones cognitivas y en algunos casos han debutado con brotes psicóticos que requirieron su ingreso en la Unidad de Adolescente del Hospital Gregorio Marañón. Prada Belver, F (2004). Es por ello indispensable desde su arribo a nuestra sociedad española informarles, orientarles, educarles en los riesgos sobre la prevención en drogodependencias.

3. Conflictos de identidad.

Pocos cambios, de entre los muchos a los que debe adaptarse un ser humano a lo largo de su vida, son tan amplios y complejos como los que tiene lugar en la migración. Prácticamente, todo lo que rodea a la persona que emigra cambia; desde aspectos tan básicos como la alimentación o las relaciones familiares y sociales, hasta el clima, la lengua, la cultura, el estatus, podemos decir que alrededor de la persona que emigra pocas cosas son ya como antes.

La pregunta que se hace todo adolescente es siempre ¿quién soy yo?. Ésta etapa de transición y de crisis en la que se pierden identidades anteriores y están por llegar otras nuevas, hace que los jóvenes se vean afectados por el agobio de encontrar sentido a lo que son y sienten. (Funes, J 1999).

Otro aspecto muy importante y ya fuera del círculo familiar son las “relaciones con sus iguales”. ¿Cómo organizan los jóvenes las relaciones de amistad, cooperación, conflictos, etc., en el grupo de amigos con los cuales se identifican?. ¿Por qué demuestran los jóvenes comportamientos más gregarios a estas edades?.

La respuesta puede que tenga que ver con lo que sugiere Funes, J (2005): *“van en grupo porque necesitan esa solidaridad emocional entre iguales, pero pueden construir y afirmar una “tribu” para no formar parte de la masa informe de la sociedad que les rodea”*.

En los inmigrantes, especialmente en los que existen grandes distancias culturales pueden existir crisis y tensiones producto de la imposibilidad de mantener formas de vida acorde con sus identidades y sentimientos.

Pensemos en los adolescentes que han vivido un proceso de desplazamiento migratorio. La incorporación a la sociedad receptora ¿cómo les afecta?. ¿Qué transformaciones se producen dentro de un “modelo” con el que estaban habituados a negociar?. Cuando el adolescente deja lo que le era conocido, incluyendo su escuela, sus amigos de infancia, familiares y allegados en el país de origen, entorno cultural, tiene forzosamente que *“aprender a descubrir maneras de familiarizarse con una nueva vida en un país que apenas conoce”*. (Anisef, P 2004).

Todas las culturas y sus particularidades son respetables, siempre y cuando estén de acuerdo con los derechos humanos; las que admiten la esclavitud, el trabajo infantil, la discriminación étnica y religiosa no son aceptables.

En la convivencia con otras culturas hay que tener en cuenta el método de las cinco <<ces>>. (Marina, JA 2007).

1. *Conocer*: se debe tener información sobre la historia y los valores, las costumbres y comportamientos de las demás culturas, manteniendo a un lado nuestras simpatías y antipatías.
2. *Comprender*: Ponerse en sus “zapatos”, entender la situación en la que se encuentran lejos de su país y su familia.
3. *Comunicarse*: Tarea obligatoria para todos ya que los inmigrantes tienden al aislamiento y a reunirse entre ellos.

4. *Confiar*: Es necesario que haya confianza por las dos partes para facilitar una convivencia constructiva.
5. *Cooperar*: La cooperación es el gran vínculo de unión si queremos construir un mundo más justo, este objetivo debe ser tarea de todos.

La experiencia de grandes pedagogos, psicólogos y filósofos en nuestra sociedad española nos deja muy claro que: ni los padres, ni los maestros, ni las personas que tengan buenas intenciones pueden enseñar solos. Para educar a los adolescentes, necesitamos: aprender a convivir, lograr que la inteligencia resuelva las situaciones conflictivas: si la situación es científica, consistirá en hacer buena ciencia, si es literaria, en escribir brillantemente, si es económica, en conseguir beneficios; si es afectiva, en ser feliz, todos los seres humanos estamos llamados/os a ello, y por supuesto educar, para ello es necesario comprometernos con una *movilización educativa de la sociedad civil*, cuyo lema, es según un proverbio africano el siguiente: *para educar, hace falta la tribu entera*. (Marina, JA 2004, 2004a, 2006).

Si analizamos los acontecimientos en Octubre de 2005, en Francia, donde tuvo lugar la revuelta de las banlieues magrebíes, realizada por jóvenes sin integración en la sociedad, desempleados, sujetos a discriminación incluso racial por vivir en barrios pobres de la periferia de la ciudad, nos debe hacer reflexionar, el por qué de esta situación tan grave. Estos jóvenes no han estado ni están integrados. Los modelos de integración francés, inglés están en *crisis*, los inmigrantes hijos de africanos, indios, pakistaníes, tienen dificultades en integrarse y no se pueden solucionar los problemas a través de los referentes nacionales. Las identidades van cambiando, todos necesitamos varias identidades y de ahí la integración.

Una persona está integrada/o cuando llega el día en el que dice: *nosotros* los españoles, *nosotros* los franceses, *nosotros* los ingleses independientemente del lugar de origen, incluso si socialmente se está excluido por xenofobia o racismo.

Si se expresa: soy extranjero no estás integrado, *el nosotros común es la clave*. El pertenecer a nosotros, es el momento clave del proceso de integración. (Guenif-Souilamas, N 2006, Lequin, Y 2006, Mucchielli, L 2006).

La Sociedad tiene los medios suficientes para la integración de los inmigrantes.

En primer lugar: la educación, se les da la posibilidad de estudiar y llegar a realizar una carrera.

En segundo lugar: la transmisión de la cultura del país de acogida, los hijos de los inmigrantes no quieren ser obreros en la nueva sociedad donde

viven, hay que darles un capital mucho más importante que el económico; se deben defender los valores comunes y dentro de ellos espacios privados y públicos, condición sinequanon: espacio público secularizado donde exista una *neutralidad del estado*. El derecho a la diferencia *no debe conducir a la diferencia de los derechos*.

En tercer lugar: el programa del derecho a votar, si la inmigración es duradera se deben favorecer políticas de nacionalidad más abiertas para que se establezcan y puedan actuar como ciudadanos de pleno derecho y por último toda política debe favorecer el acceso, al nosotros a la identidad común. (Naïr, S 2007). (Ver Anexo VIII).

Es necesario por tanto, que no se establezcan categorías que adquieran un carácter fijo para describir o nombrar a los niños, adolescentes o jóvenes migrantes como: “segunda generación”, “niños inmigrantes” o incluso “hijos de inmigrantes”. Prada Belver, F (2007).

La identidad polisémica de la juventud de origen extranjero, presenta distintos rasgos que no se reducen a uno sólo predominante. Persistir en ello es promover una visión reductora que puede tener como consecuencia la marginación social o el posible repliegue identitario en el grupo de origen.

Pensar que los jóvenes que han sido criados entre dos mundos –el de sus padres y el nuevo del país de residencia–, vivirán divididos entre los dos, es adoptar una expectativa estática, una exageración intencionada en ver a estos jóvenes como problemáticos, como el chivo expiatorio de los problemas de nuestra sociedad, sean ya en el ámbito educativo, social o cultural, como señala (Massot Lafon, M 2003).

4. Migración de Menores No Acompañados (MENA).

Desde finales de los años noventa, existe un nuevo tipo de migración: La de menores extranjeros no acompañados que cruzan el mar Atlántico o el Mediterráneo con intención de buscarse la vida en Europa, la mayoría proviene de Marruecos, África Sub-sahariana y Argelia, esto representó el 77 % del total de migrantes; de Europa el 13,4 % fueron los rumanos los más destacados, los iberoamericanos constituyeron el 2,3%, los asiáticos 0,71% y los procedentes de América del Norte el 0,05% además de un 5.25% sin determinar su procedencia. (Jiménez Álvarez, M 2005).

4.1. Perfil de los MENA que llegan a España.

Expondremos a continuación las características más relevantes de estos menores no acompañados, que logran acceder al territorio español ellas son:

- Predomina el sexo masculino.
- Suelen tener bastantes hermanos.
- Proceden en su mayoría de Marruecos.
- La edad media se sitúa alrededor de los 16 años.
- Presentan una mayor madurez que la correspondiente a su edad cronológica.
- Mantienen una relación periódica con su familia de origen.
- Muestran deseos de mejorar su situación personal y familiar.
- Su proyecto migratorio es muy claro: documentación para trabajar.
- Presentan una gran movilidad geográfica dentro de España, desplazándose de una comunidad autónoma a otra, así como dentro de la Unión Europea.
- La opción por un determinado lugar siempre es provisional porque dependerá de la consecución de sus objetivos.
- Suelen tener redes de compatriotas que facilitan el acceso.
- Rechazan el sistema de protección ofrecido decantándose por opciones de mayor autonomía como es el caso de los pisos.
- Tienen un bajo nivel de cualificación, habiendo estado escolarizado varios años pero sin haber terminado la educación obligatoria en su país.
- Suelen conocer algún tipo de oficio.
- Rechazan la escolarización mientras que optan por aquellas actividades formativas (talleres) que les permitan acceder a un empleo.
- Se relacionan poco con jóvenes autóctonos.
- No contemplan el retorno.
- Creen conocer la legislación y el sistema de protección y hacen uso de él.

4.2. Distribución por sexo.

Bravo Rodríguez, R. M^a (2005), expone que la emigración de los MENA es fundamentalmente masculina, 89,50%, el peso relativo de la inmigración femenina por continentes es mayor en el iberoamericano con un 38%, seguido por el europeo 37% predominando las niñas rumanas, en África son las de origen marroquí las más frecuentes y en Asia tan solo un 10%.

Durante el año 2004, desembarcaron en España 1.575 menores, casi todos procedentes de Marruecos. En la mayoría de los casos fueron sus propios padres los que pagaron el billete; es muy difícil, desde la perspectiva de un país desarrollado, entender a estas familias que sufren tremendas carencias económicas, educacionales, culturales e ideológicas. La gravedad de la situación les hace creer que mandando sus hijos a Europa pueden vislumbrar un futuro mejor. (Bargach, A 2005).

Este proceso migratorio, fue parecido al de los padres españoles que durante la Guerra Civil enviaron a sus hijos a la URSS sin saber qué sería de ellos. Al mismo tiempo que estos dramas suceden, las cadenas de televisión del hemisferio norte siguen bombardeando al Sur con todo tipo de propaganda de lujos y consumo. Frente a la complejidad del proceso, es el pensamiento científico el que ayuda a enhebrar toda esta cartografía del menor inmigrante procedente del Magreb. (Vall Combelles, O 2005).

En relación con los menores marroquíes según una investigación llevada a cabo en Tánger por Jiménez Álvarez, M (2005) y de modo muy sintético, podemos distinguir las siguientes situaciones familiares en el país de origen:

1. Existen menores que viven con su familia en un ambiente estable afectiva y económicamente, constituyen un 10% del colectivo.
2. Otros permanecen en un ambiente familiar estable pero con dificultades económicas y pasan gran parte de su tiempo en la calle, pero no hacen de ésta un medio de vida, representan un 40%.
3. Hay algunos que se mantienen en un ambiente familiar inestable y con una situación económica precaria o muy precaria, son el 35%.
4. Por último están aquellos que hacen de la calle su modo de vida y están desarraigados de su núcleo familiar, son los llamados niños de la calle y representan un 15%.

4.3. Vías y estrategias de entrada.

La entrada al territorio español se produce de manera regular e irregular. Dentro de las normativas regulares, debemos destacar que el enfoque de la política migratoria en España es netamente laboral, por lo que las dos vías de entrada de trabajadores regulares son: la de los “contingentes” anuales para trabajadores temporeros, y la del “sistema general” para trabajadores estables.

Como complemento está el reagrupamiento familiar de los descendientes y ascendientes directos de extranjeros residentes, con restricciones o ampliaciones constantes en las sucesivas leyes de inmigración sobre los requisitos exigidos. Tras la aprobación del nuevo Reglamento de 2004, se puede decir que sólo la reagrupación familiar da lugar a una residencia ajena al trabajo; es más, puede darse trabajo sin residencia en el caso de un irregular, dado que la falta de autorización no invalida el contrato de trabajo ni los derechos que lleva anexos.

La limitación que presenta esta simplificación normativa es que durante el permiso inicial del primer año, el extranjero no puede cambiar de sector laboral

ni de provincia de residencia para no alterar las condiciones que dieron lugar a la obtención de la autorización.

De esta forma residual, a nivel cuantitativo, está la entrada “por razones humanitarias”, la solicitud de “asilo” y obtención de la condición de “refugiado”.

Desde su regulación por la Ley 5/1984 los solicitantes de asilo pueden entrar en España sin necesidad de la documentación requerida para cruzar las fronteras, incluso quedan eximidos de sanciones si las cruzan de forma clandestina o irregular.

Además se prevé la modalidad de petición de asilo en los puestos fronterizos. Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Sin embargo, debido a diversos motivos como el supuesto abuso en la solicitud de asilo como fórmula alternativa para conseguir una autorización de entrada o las progresivas armonizaciones de la normativa comunitaria al respecto sobre la base del convenio de Dublín, se ha ido produciendo un efecto a la baja en los criterios de concesión del mismo.

Al final se terminan relacionando los controles migratorios con los trámites de examen de una solicitud de asilo, limitando el acceso de potenciales solicitantes.

El resultado en España ha sido la reforma de la normativa de asilo (Ley 9/1994) con el objetivo de reducir el número de solicitudes “infundadas”, según el criterio de las autoridades.

Por otra parte, existe una flexibilización del sistema de control de entrada “por razones humanitarias”, para un extranjero que no reúna las condiciones de entrada en España y tampoco sea solicitante de asilo, o “por razones de interés público”.

Estas figuras se utilizan para sortear la rigidez de los requisitos de admisión de las solicitudes de asilo y permite la entrada de mujeres embarazadas, personas enfermas, menores o personas que no pueden volver al país de origen por conflictos bélicos, desastres naturales, etc.

El sistema ordinario de control de la entrada de extranjeros tiene tres pasos que, cada uno por sí, actúan como filtros sucesivos:

- a) Las embajadas o consulados en el exterior, a través del procedimiento de concesión del visado.
- b) Las compañías aéreas expedidoras de los billetes.
- c) El control policial de los puestos fronterizos. (Aja, E y Arango, J 2006).

En la Unión Europea, según el informe CONRED-I, se diferencian dos grupos de países, según el acceso al territorio.

En el primer grupo, están Bélgica, Dinamarca y Suiza. La forma de arribar al país es a través de la demanda de asilo y para solicitar el estatuto de refugiado se ajustan a los especificados en la Convención sobre el Estatuto de Refugiados de 1951.

En el segundo grupo, entre otros países, está España junto con Francia.

Otra de las formas de acceso regular al territorio español es por los puntos fronterizos, ya que no se exige visado en la zona Schengen, tal es el caso de las/los menores procedentes de Rumanía, en relación a las adolescentes muchas de ellas están en manos de traficantes y mafias como lo han demostrado algunas operaciones policiales.

Los que acceden al territorio nacional de forma irregular y sin documentación, por lo general provienen de África Sub-sahariana y Marruecos.

Una vez detectados los menores de edad, son puestos a disposición de la administración competente en protección. La opción del asilo está muy poco solicitada.

El grupo de menores predominante en nuestro país, son los marroquíes, estos llegan solos, muchos cruzan de forma clandestina la frontera terrestre de Ceuta y Melilla, escondidos en los bajos de un camión, otros arriban en barco como polizones o en pateras cruzando el Estrecho de Gibraltar, existe una ruta, organizada por mafias que los traslada en pateras hasta Canarias, otra estrategia es la de venir acompañado por algún adulto de la familia, bien amigo de la familia, quedando después desprotegido. (Bravo Rodríguez, R. M^a 2005).

CAPÍTULO II. LEYES DE PROTECCIÓN DEL MENOR.

5. Marco legislativo.

La legislación referente a los derechos de los niños es muy abundante tanto a nivel internacional, estatal o autonómico. Díaz Huertas, José A., Esteban Gómez, J & col (2004). Expondremos a continuación el marco legal que afecta a todos los centros de protección de la Comunidad de Madrid perteneciente al Instituto Madrileño del Menor y la Familia.

Nivel internacional.

La convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas en su Artículo 19 establece que: *los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas, apropiadas para proteger al niño contra toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.*

La Carta Europea de Derechos del Niño (1992) del Parlamento Europeo, establece en su apartado 8.19 que: *los Estados miembros deberían otorgar protección especial a los niños víctimas de tortura, malos tratos, explotación y asegurar a estos niños la continuación de su educación y el tratamiento adecuado para su reinserción social.*

Nivel estatal.

La Constitución española (1998), considera que los poderes públicos aseguran la protección integral de los hijos en particular y a los niños en general que gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos (art. 39).

El Código Civil (Ley 21/87) introdujo un marco normativo moderno de protección a la infancia: desjudicialización de la protección al menor, primacía del interés superior del niño, integración preferente del niño en núcleos familiares, creó la forma de acogimiento familiar, responsabilidad de las Comunidades Autónomas, programas de apoyo a las familias, etc., y la Ley Orgánica 1/1996 de protección jurídica del menor constituye un amplio marco jurídico de protección a la infancia.

Nivel Autonómico.

La ley de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid, Ley 6/1995 de 28 de marzo, establece que los menores que sufran malos tratos físicos o psíquicos, recibirán protección sanitaria, asistencial y cautelar urgente (Art.44) y la obligación de los Servicios de Salud y su personal sanitario, a poner en conocimiento de la Comisión de Tutela del menor, Autoridad Judicial o del Ministerio Fiscal, aquellos hechos que puedan suponer la existencia de desprotección o riesgo infantil, así como colaborar con los mismos para evitar y resolver tales situaciones en interés del niño (Art. 45).

Además de las citadas leyes en las que se han encontrado los principios de intervención del centro de 1ª Acogida, es preciso destacar otras normativas tales como:

El Decreto 49/88, de 5 de Mayo, por el que se adscriben a la Consejería de Integración Social las funciones que la Ley 21/87 atribuye a la Comunidad de Madrid en materia de tutela, adopción y acogimiento y se crea la Comisión de Tutela del Menor.

El Decreto 121/88 de 23 de Noviembre, regulador del procedimiento de constitución y ejercicio de la tutela y guarda del menor, modificado por Decretos 37/92 y 71/92.

La Orden 175/91, de 18 de Marzo, que desarrolla el Decreto 121/88 en materia de promoción del acogimiento de menores y la adopción.

La Orden 300/191, de 15 de Abril de la Consejería de Integración Social, que desarrolla el Decreto 121/88, relativa al procedimiento para la constitución de la guarda.

Orden 820/92, que determina la composición y régimen de funcionamiento de la Comisión de Tutela del Menor.

La ley 5/96 de creación del Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid.

RD. 88/1988 21 mayo-BOCAM (Boletín Oficial de la Comunidad Autónoma de Madrid) por el que se aprueba el estatuto de las Residencias de Atención a la Infancia y Adolescencia.

5.1. Protección jurídica.

Todos los menores incluyendo a los MENA gozan de protección jurídica en España así como de los derechos que reconoce la Convención sobre los Derechos del Niño (1989a), ratificada por nuestro país y de todos los derechos

reconocidos por la normativa nacional en materia de protección de menores y por la normativa autonómica Ley Orgánica 1/1996.

Es de destacar que en materia de reconocimiento de derechos no se produce ninguna discriminación entre niños autóctonos o extranjeros sea su situación regular o irregular.

Todas las actuaciones con los menores deben, de acuerdo con el art. 12 de la Ley de Protección Jurídica del Menor, Ley 1/1996 y con el art. 92 del Reglamento de Ejecución de la Ley de Extranjería 4/2000, estar guiadas por el principio del interés superior del menor.

En estas/os adolescentes confluye por un lado la aplicación de la normativa de protección de menores y por otra la de gestión y control de flujos migratorios, extranjería, siendo los principales instrumentos en vigor los siguientes:

Legislación en materia de protección de menores. Ley 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, y de modificación parcial del Código Civil, y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Legislación en materia de extranjería. Ley Orgánica 4/2000, de derechos y libertades de los extranjeros en España, modificada por Ley Orgánica 8/2000. RD 2393/2004, de 30 de diciembre de ejecución de la Ley de Extranjería 4/2000.

Legislación en materia de asilo. Ley 9/1994, de 19 de mayo. Reglamento de ejecución aprobado por RD 203/1995, de 10 de Febrero.

6. Atención a los MENA en España.

En la atención a los menores extranjeros no acompañados (MENA) intervienen diversas administraciones: estatal, autonómica, el Ministerio Fiscal, además de otras tales como: Ayuntamientos, ONGS y Órdenes Religiosas.

La necesidad de coordinación entre todas las entidades implicadas tanto privadas como públicas, llevó al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a crear un Grupo de trabajo para el análisis y abordaje de este problema en el marco de un Observatorio de la Infancia creado con anterioridad.

Una vez en territorio español, el menor es generalmente detectado por los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, siendo mínimo el número de casos localizados por particulares, autoridades judiciales, miembros de ONGS, etc, en algunas ocasiones es el propio menor quien acude al servicio de protección de la Comunidad Autónoma competente o a la policía.

Existe un grupo especializado en menores, denominado GRUME, dentro de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado. También en la policía municipal tienen esa misma especialización los agentes tutores.

Cuando las/los jóvenes inmigrantes son descubiertos se debe informar inmediatamente al Ministerio Fiscal, con el fin de que tenga constancia de ello, dé las órdenes precisas para que reciba de los Servicios de Protección del Menor, la asistencia que necesite y autorice, en caso de duda, la realización de las pruebas de determinación de la edad ósea. (Ley Orgánica 4/2004).

Frecuentemente los que son mayores de edad, se declaran menores con el fin de acogerse a los servicios de protección. En nuestro país se intenta verificar la minoría de edad, antes de ingresar en el sistema de protección, conforme a lo dispuesto en la Instrucción de la Fiscalía 2/2001, de 28 de junio del 2001. Con ello procuramos no poner en peligro la integridad de los menores residentes y ofrecer la protección a los que realmente tienen menos de 18 años.

La determinación de la edad ósea se realiza con carácter prioritario en los servicios médicos de la red de hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud, que cuentan con unidades de urgencias radiológicas. Una vez que se tenga el resultado de las pruebas radiológicas se le comunicará al Fiscal, quien determina la edad aproximada, y decide si lo envía o no a los servicios de protección.

La llegada masiva de los MENA ha tomado por sorpresa a los responsables políticos y a la sociedad en general. La capacidad de acogida se ha visto desbordada por lo que este fenómeno migratorio es uno de los mayores retos de la sociedad española y es una preocupación constante para las administraciones públicas.

Los MENA comparten esta vivencia de muchos niños “sin infancia” a lo largo y ancho del mundo, todos son víctimas de los efectos dramáticos de los planes de ajuste estructural, de la proletarización acelerada de una población de origen eminentemente rural y de las nuevas bolsas de miseria de las grandes ciudades, donde se rompen los vínculos de la familia extensa, tan importantes para hacer frente a las dificultades de la vida y para socializar a los menores en los valores fundamentales.

Estos adolescentes están haciendo uso de sus propios recursos a la hora de emigrar, no sólo por las estrategias de entrada, si no también por las redes sociales que la sustentan, en gran medida independientes del control de los adultos. Aunque sabemos que se vulneran y violan los derechos que los acuerdos internacionales y la normativa nacional establece, reconocemos que estos menores están construyendo alternativas propias a la situación en que se ven atrapados.

La edad de comienzo para acariciar la idea de la emigración se sitúa entre los 10 y 14 años, podemos hablar de recursos autónomos para su emigración que no implican dinero, sino valentía, capacidad de poner en riesgo la vida. Los niños se refieren constantemente a “sus amigos” y acaparan con celo la información que se les transmite, como por ejemplo: qué hay que decir en las declaraciones ante la policía, en donde se puede ganar dinero fácil sin excesivos compromisos.

Dependiendo de sus objetivos y sus necesidades coyunturales, los menores decidirán acogerse a la protección oficial y entrar en un centro de atención al menor, o escaparse y ganar dinero sin los correspondientes permisos. (Suárez Navaz, L 2004).

7. Área de Coordinación de Centros de Protección del Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF).

El área de coordinación de centros depende jerárquicamente de la Gerencia del Instituto Madrileño del Menor y la Familia, adscrita a la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

Las competencias de esta área son las siguientes:

1. Definir y supervisar los criterios generales de organización y funcionamiento de la red de Centros de Protección de Menores.
2. Coordinar la actividad de la red de Centros de Protección de Menores, tanto propios como concertados.
3. Desarrollar los programas de actuación establecidos, para los Centros propios del Instituto Madrileño del Menor y la Familia así como de los Centros Concertados.
4. Facilitar el apoyo técnico a los centros de Protección para proporcionar a los menores las condiciones más adecuadas.
5. Supervisar la calidad de atención residencial, adecuando los recursos existentes.
6. Realizar acciones de formación permanente para profesionales dedicados al trabajo con los menores y la familia.
7. Promover la coordinación con otras instituciones relacionadas con la atención a la infancia.
8. Desarrollar y coordinar programas de apoyo al acogimiento residencial.
9. Proporcionar a los menores para los que se acuerda guarda, el recurso residencial más adecuado.

CAPÍTULO III: SISTEMA DE SALUD EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN RELACIÓN AL NIÑO EN SITUACIÓN DE RIESGO BIOPSIICOSOCIAL.

8. El niño en situación de riesgo.

El niño que ha llegado, en lo que respecta a los problemas de salud que pueden exhibir y su atención sanitaria, se insertan junto a aquellos menores que se encuentren en nuestro país, independientemente de su situación legal o ilegal, refugiados o adoptados en el extranjero y también a aquellos cuyos padres nacieron en otros países. Este grupo de niños, representa una parte creciente de nuestra población infantil y se requiere de formación y pautas de actuación para su atención.

Las circunstancias que rodean a esta población, así como su origen diverso, los antecedentes previos a su llegada a España o a la adopción, tienen como consecuencia, que su valoración médica constituya una tarea importante. El personal sanitario que atiende a estos niños tiene pocos conocimientos sobre su cultura, religión y hábitos dietéticos que son los que condicionan la mayoría de las veces las necesidades y dolencias de estos grupos.

Existe también una pobre apreciación de las dificultades que “muchas familias” afrontan para adaptarse a esta nueva vida. A menudo entran en contacto con el sistema sanitario a través de los niños y su actitud posterior ante los cuidados médicos dependerá de la tolerancia y comprensión que reciban en estos servicios.

El concepto de enfermedad para los padres cambia y la idea de realizar una medicina preventiva o un tratamiento continuado no es asumible en sus inicios, por lo que resulta muy difícil la comprensión de un consejo genético ante un caso de discapacidad o malformación, peor aún, si sumamos la propia tradición religiosa.

Muchos de los problemas que afectan a determinados grupos étnicos, no son los mismos que padece la población autóctona en el curso de la infancia, los que tienen que ver con causas genéticas o dietéticas aparecen más claros.

La tuberculosis, las enfermedades tropicales y parasitarias son más difíciles de diagnosticar por la diversa sintomatología que exhiben, de ahí que el interrogatorio sobre los antecedentes familiares y personales, así como los hábitos de vida son de vital importancia para llegar a alcanzar un auténtico juicio clínico.

8.1. Derecho a la asistencia sanitaria.

El derecho a la atención sanitaria está recogido, entre otras, en las siguientes normativas.

Declaración Universal de los Derechos Humanos (Asamblea General de las Naciones Unidas de 10 de diciembre de 1948) artículo 22:

“Toda persona como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”.

Convención de los derechos del Niño de Naciones Unidas (Asamblea General de las Naciones Unidas de 20 de noviembre de 1989) artículo 24.1:

“Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzaran por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios” y en su punto 2 b:

Los estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria.

La Constitución Española (6 de diciembre de 1978) artículo 43:

“Se reconoce el derecho a la protección de la salud”

Ley Orgánica 4/2000 (BOE, 12 de diciembre de 2000) en sus artículos:

Artículo 12. Derecho a la asistencia sanitaria.

Los extranjeros que se encuentren en España, inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

Los extranjeros que se encuentren en España, tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la aparición de enfermedades graves o accidentes cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.

Los extranjeros menores de dieciocho años, que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

Las extranjeras embarazadas, que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.

Artículo 14. Derecho a Seguridad Social y a los servicios sociales.

Los extranjeros residentes, tendrán derecho a acceder a las prestaciones y servicios de la Seguridad Social en las mismas condiciones que los españoles.

Los extranjeros residentes, tendrán derecho a los servicios y a las prestaciones sociales tanto a los generales como a los específicos, en las mismas condiciones que los españoles.

Los extranjeros menores de dieciocho años, cualesquiera que sea su situación administrativa, tienen derecho a los servicios y prestaciones sociales básicas.

Los extranjeros, cualquiera que sea su situación administrativa, tienen derecho a los servicios y prestaciones sociales básicas.

CAPÍTULO IV: RESEÑA HISTÓRICA DEL CENTRO DE PRIMERA ACOGIDA DE PROTECCIÓN "HORTALEZA".

La historia conocida data de 1894. Era una finca de 55.418 metros cuadrados de extensión, con bastante arbolado y huerta en el pueblo de Hortaleza, a 8 km de la Puerta del Sol de Madrid, registrada como propiedad de las Religiosas de la Sagrada Familia de Burdeos. Unos veinte años más tarde se construía un nuevo pabellón dedicado al Noviciado. En un tercer edificio de dos plantas funcionaban clases externas, escuela dominical y dispensario.

Durante la guerra civil de 1936, las Religiosas se marcharon y en Diciembre de 1939, Auxilio Social de la Sección Femenina acogió a 600 niñas de todas las edades en el Pabellón del Noviciado, dándole el nombre de “Hogar Blanco”.

En 1940 las chicas mayores se instalaron en el edificio principal, surgiendo así el Hogar Isabel Clara Eugenia. A finales de ese año eran unas 500 niñas en el Hogar Blanco y unas 600 en el Hogar Isabel Clara Eugenia. Es a partir del verano de 1944 cuando las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, pasan a ocuparse de las niñas. Las alumnas además de residir en los dos hogares recibían una formación cultural y profesional.

A mediados de Octubre de 1949 se declaró un incendio en el Pabellón Clara Eugenia y decreció el número de chicas. En 1954 se abre un nuevo pabellón construido para clases de Enseñanza Primaria y Talleres de Aprendizaje. Las alumnas internas en esta época son 400, de edades entre doce y veintinueve años.

Se construye en el año 1956 un teatro y en 1958 los talleres de costura de Auxilio Social fueron trasladados a Hortaleza, montándose en el Hogar Blanco la maquinaria. Se establece un sistema de producción y muchas de las niñas prepararon así su futuro, al mismo tiempo que disponían de dinero para sus pequeños gastos. Además de estos talleres funcionaban otros tipos de aprendizaje, alternándose con clases de cultura general.

Un nuevo pabellón, se abre en la zona sur de la finca, en el mes de Enero de 1970 se le llamó el ANEXO, que albergaba a 110 niñas entre 6 y 10 años.

Durante esos años Auxilio Social cambió su denominación y estructura y pasó a ser el Instituto Nacional de Asistencia Social (INAS).

Ante los nuevos planes de enseñanza (E.G.B. y Enseñanzas Medias) y la baja de edades de las niñas internas, en el curso 1974/1975 se estudió la supresión de los talleres de producción y al comenzar el curso 1975/1976 un grupo de alumnas, completaba su E.G.B., iniciaron sus estudios medios (F.P.; B.U.P.) en Institutos Nacionales y Escuelas Profesionales. Las clases de Enseñanza Primaria se transformaron en colegio de E.G.B. con 8 unidades.

En 1971 quedaron segregados 10.000 metros cuadrados de los terrenos del Hogar Isabel Clara Eugenia, y en 1975 se construyen en ellos dos bloques con 100 viviendas.

Durante el curso 1979/1980 se hicieron obras de reestructuración del Hogar para sustituir los grandes espacios por módulos familiares de 20 niñas como máximo.

El INAS quedó extinguido en 1984, pasando el Hogar Isabel Clara Eugenia a depender del Instituto de Servicios Sociales (INSERSO) durante el curso 1984/1985.

En Enero de 1986 todos los hogares del INAS entre ellos, el Isabel Clara Eugenia, fueron transferidos a la Comunidad de Madrid, dependiendo de la Consejería de Educación y Juventud.

Se cerró el colegio en Septiembre de 1987, tanto las aulas de educación especial como las de E.G.B., y las alumnas pasaron a los centros educativos de la zona. La finca quedó dividida en cuatro partes:

El teatro y una zona de jardines, se abrieron al público.

La zona del llamado ANEXO, cerrada desde 1985, se habilitó en el curso **1986/1987** y empezó a funcionar como Centro de 1ª Acogida "Hortaleza" dependiente de la Comunidad de Madrid.

El edificio de las clases y sus patios en el curso 1994/1995 se acondicionó como Escuela Infantil, también dependiente de la Comunidad de Madrid.

El edificio principal y el Pabellón Blanco es en la actualidad la Residencia Isabel Clara Eugenia.

A partir del curso 1987/1988 comenzaron a ingresar también niños, por lo que se decidió trabajar la coeducación.

La unidad de "pequeños" se abrió en el curso 1989/1990 en el Pabellón Blanco (antiguos talleres) con 21 niños de 0 a 4 años, conviviendo en tres grupos de 7 niños.

En ese mismo curso las niñas adolescentes (14-18 años) comenzaron a vivir de forma independiente del resto del internado.

Durante el curso 1992/1993 también el grupo de chicos adolescentes (13-18 años) empiezan a vivir con cierta autonomía de forma progresiva.

Desde 1992 se adscribe a la Consejería de Integración Social las funciones de Protección de Menores y en Mayo de ese mismo año, se crea el Instituto Madrileño de Atención a la Infancia (I.M.A.I.N), organismo del que pasa a depender el Colegio Residencia Isabel Clara Eugenia. (Avenza, M & col. 2001).

Por Ley 2/1996 de 24 de Junio se crea el Organismo Autónomo Instituto Madrileño del Menor y la Familia (I.M.M.F.) adscrito a la Consejería de Familia y Servicios Sociales con plena autonomía administrativa, funcional y presupuestaria, de quien depende actualmente la función de protección de los menores en la Comunidad de Madrid. (Ver Anexo I).

9. Emplazamiento actual.

El Centro de 1ª Acogida “Hortaleza” está situado en la calle Valdetorres de Jarama, Nº 1 junto al antiguo pueblo de Hortaleza que pasó a ser distrito de Madrid en el año 1970.

El edificio está rodeado en su lateral izquierdo y posterior por el Parque Isabel Clara Eugenia, en su lateral derecho por la Plaza Santos de la Humosa y por el frente por la calle Valdetorres de Jarama.

Fue construido a finales de la década de los años 60 como anexo al Colegio Isabel Clara Eugenia para acoger a niñas/os de edades comprendidas entre 6 y 10 años, procedentes de Boadilla del Monte, antiguo Hogar de Auxilio Social que por causas ajenas a la Institución fue cerrado.

En el año 1985 con motivo de la desinstitucionalización, los niños acogidos en el edificio pasaron al Edificio Antiguo de la Residencia Isabel Clara Eugenia, por lo que quedó deshabitado, en septiembre de 1986 se realizaron pequeñas adaptaciones para ubicar en el mismo al Centro de Primera Acogida “Hortaleza”.

El Colegio Público Hortaleza como tal, comenzó a funcionar en septiembre de 1986, acogiendo y escolarizando a todos los niños y niñas de 6 a 16 años que se encontraban en situación de desprotección y no fuera posible ofrecerles en esos momentos por su urgencia otras alternativas.

Tras su ingreso, se valoraban y diagnosticaban, tanto los motivos que dieron lugar al mismo como la situación escolar, personal y familiar y se proponían los recursos más adecuados.

En mayo de 1990 el Centro sufre una importante transformación con la apertura del grupo de 0-5 años, hasta entonces ubicado en Ciudad Escolar. Con esto se pretendía sobre todo, no tener que separar a los hermanos por razón de edad.

Esto supuso un importante cambio en el funcionamiento general del Centro de 1ª Acogida: por un lado, el aumento de plantilla, de tres profesores se pasa a cinco, y por otro, la adaptación de los espacios para acoger a 25 menores más. De esta forma, el Colegio pasó de tener 30 plazas a 55.

Pero quizá lo más importante es que se constituye en referencia principal para los servicios públicos que deben atender las situaciones de urgencia de los niños y niñas de Madrid (policía, hospitales, etc.).

Actualmente el Colegio Público tiene una capacidad de 92 plazas y desde el día **11 de Junio de 2002** después de un *estudio exhaustivo* por parte de la administración se procedió a dividir el centro en dos edificios diferentes que distan unos trescientos metros.

Uno es el Centro de 1ª Acogida “Isabel Clara Eugenia” cita en la calle Mar Caspio Nº 8 y escolariza a menores de Educación Infantil Primaria y Primer ciclo de Secundaria.

El otro continúa en el Centro de 1ª Acogida “Hortaleza” en la calle Valdetorres de Jarama Nº 1 de Madrid, éste acoge y escolariza a menores de Educación Secundaria y Talleres. A lo largo del curso suelen ingresar en el mismo de 500 a 600 alumnos.

9.1. Distribución general de las instalaciones.

El Centro de 1ª Acogida abarca una superficie aproximada de unos 4000 metros cuadrados de los cuales unos 100 están edificadas y el resto lo ocupan dos patios, un campo de deportes, un huerto escolar de 200 metros y amplios jardines.

En la planta baja están ubicadas, además de las aulas, los despachos de: Dirección, Sub-Dirección, Psicólogos, Trabajadores Sociales, el gimnasio, la zona de ingresos, recibidores, la cocina, el comedor y el lavadero.

La primera planta está ocupada por el grupo de chicos con seis dormitorios, dos salas de estar, y dos despachos para los Educadores.

En la segunda planta están ubicados la administración, la enfermería, el aula de informática, la sala de reuniones, la sala de profesores, tres dormitorios para las chicas, una sala de juegos y un despacho para educadores.

En la actualidad el número total de plazas es de 35, las cuales se distribuyen en función del género que ingresa.

9.2. Justificación jurídica.

Los alumnos del Centro de 1ª Acogida “Hortaleza”, se encuentran durante un período de tiempo relativamente corto, sujetos a un derecho de protección especial, recogido en el Artículo 39 de nuestra Constitución, al afirmar que los poderes públicos asegurarán la protección a la Infancia y a la Familia, garantizando a los niños el goce de la protección prevista en los acuerdos

internacionales que velan por sus intereses, entre los cuales se encuentra el derecho a la Educación.

En el ámbito específicamente educativo, cabría reseñar el artículo 65.4 de la LOGSE, por su obligatoriedad de asumir y asegurar la educación de los niños, cuando las familias se encuentren en situaciones que les impidan ejercer sus responsabilidades.

La ley Orgánica 9/1995 de 20 de Noviembre, de la Participación, la Evaluación y el Gobierno de los Centros Docentes ha definido la población escolar con necesidades educativas especiales, refiriéndose de una parte, a los estudiantes con necesidades derivadas de discapacidad y trastornos de conducta, y de otra a los chicas/os con necesidades asociadas a situaciones sociales o culturales desfavorecidas, como es el caso de los alumnos que se reciben en este centro escolar.

Esta nueva realidad reclama de la educación, una especial atención hacia los fenómenos derivados por la diversidad del alumnado para prevenir y resolver los fenómenos de exclusión social, discriminación, racismo, inadaptación, fracaso y absentismo escolar, problemas que inciden con mayor fuerza en aquellas personas que están en desventaja social, cultural, económica, familiar, escolar o personal y que son las características que definen este alumnado.

La *justificación del Colegio Público* dentro del Centro de 1ª Acogida "Hortaleza" se evidencia con mayor claridad al leer en el artículo 3 del Real Decreto 299/1996 BOE 12 de Marzo, la referencia sobre: Las acciones de compensación educativa contempladas en el presente Real Decreto se dirigen con carácter prioritario a:

a) Alumnado que se encuentra en situación de desventaja respecto al acceso, permanencia y promoción del Sistema Educativo.

b) El alumnado que por razones personales, familiares o sociales, no pueden seguir un proceso normalizado de escolarización, cuando de esa situación se puedan derivar dificultades para su permanencia y promoción en el Sistema Educativo, cuestión que se hace prioritaria para alumnos con estas características.

c) Este Colegio Público forma parte de la promoción de igualdad de oportunidades de acceso, permanencia y promoción, a una educación de calidad para todos los niños y jóvenes, prestando atención preferente a aquellos sectores que, por sus condiciones sociales se ven más desfavorecidos, articulando medidas para compensar las desigualdades.

10. Características generales del alumnado.

Los adolescentes del Colegio Público Hortaleza presentan desfases escolares que se ven agudizados por las siguientes características:

En primer lugar debemos citar un bajo auto-concepto y baja autoestima que les afecta todas las esferas de su vida cotidiana y su capacidad cognitivo conductual; pobreza cultural e intelectual, falta de motivación en los estudios que los hace tener un elevado absentismo, cambios de centro y en consecuencia variación en sus relaciones con iguales. La falta de reflexión, introspección y mantenimiento de la atención durante cortos períodos de tiempo contribuyen al bajo nivel de escolarización que exhiben generalmente, si además, tenemos en cuenta que muchos de ellos tienen trastornos psicológicos y psiquiátricos que requieren tratamiento farmacológico.

A pesar de sus carencias, ello no impide que todos tengan un alto entusiasmo en la búsqueda de nuevas relaciones sociales de forma indiscriminada con grupos marginales de alto riesgo, que les incitan a consumir tóxicos, rechazar valores y normas escolares.

De forma general las/los alumnos aceptan de buen grado las orientaciones que les ofrece la Escuela, al recibir una atención personalizada, variada y motivadora.

En relación a los menores extranjeros no acompañados (MENA), debemos señalar que la mayoría son norteafricanos, que suelen llevar poco tiempo en España, desde unos días a un año, y apenas son capaces de comunicarse por la dificultad idiomática, o miedo a dar a conocer su verdadera situación personal, suelen tener una larga historia de desarraigo, violencia, abandono del núcleo familiar y un marcado deseo de obtener trabajo y recursos económicos.

Para favorecer su integración en el grupo y minimizar sus hábitos culturales negativos (machismo, auto-agresiones) que chocan con el desarrollo normalizado de la clase, se les habla con la ayuda de la mediadora cultural, de manera personal, así como en la asamblea de aula. Otro hecho favorecedor es el uso de materiales curriculares adaptados a su idioma con material instrumental bilingüe que incluyan dibujos y gráficos.

Otros grupos de adolescentes a destacar son los que están en situación laboral, ellos siguen planes pre-laborales y asisten regularmente a las aulas-taller. Sus características más notables son:

Sentirse fracasados en los estudios, percibiéndolos como innecesarios.

Tener dificultades de socialización, con castigos e incluso situaciones pendientes con la justicia.

Lo que les interesa es conseguir un trabajo y obtener recursos económicos para pasarlo bien con los *colegas*.

Presentan una elevada conflictividad con sus padres o familiares cercanos.

Consumen habitualmente sustancias estupefacientes y algunos tienen problemas psicológicos graves.

Con este grupo es necesario hacer una labor significativa de acogida y motivación, para rebajar su nivel de ansiedad y agresividad, inculcándoles la necesidad de efectuar cursos de formación laboral o la obtención del Graduado Escolar que les facilitaría su primer empleo.

Estos jóvenes no soportan muchas horas en el aula, la Escuela no cubre sus expectativas y es necesario alternar el tiempo de actividad escolar con labores en el huerto o en talleres de carpintería. (Cabello Fernández, JM 2006).

10.1. Características de los alumnos de Infantil y Primaria.

Los menores de estas edades que asisten al Colegio Público “Hortaleza” han ingresado en Acogida por alguna de estas causas:

- Malos tratos.
- Abandonos.
- Explotación / Mendicidad.
- Presuntas violaciones.
- Con una historia personal muy conflictiva.
- Menores de otros países que no conocen el idioma.
- Menores cuyos padres han sido detenidos o ingresados en la cárcel.
- Devueltos en acogimiento.
- Menores tiranizantes (suelen agredir a sus familiares, generalmente a la madre).
- Riesgo social grave.
- Todos ellos necesitan una atención personalizada y una dedicación máxima, requieren un ambiente relajado y tranquilo que no reproduzca escenas violentas por las que en muchas ocasiones, han sido separados de su medio familiar.
- A nivel escolar pueden encontrarse en algunas de estas situaciones:
- Alumnos con un nivel adecuado (es un número muy reducido).

- Alumnos con niveles diferentes, dependiendo de las áreas.
- Alumnos con retraso escolar debido a: inmadurez, falta de hábitos y destrezas, carencia de habilidades sociales, atención dispersa, falta de límites y problemas conductuales.
- Problemas de aprendizaje propiamente dichos, dentro de ellas destacamos:
- Dislexia, inteligencia limitada en distintos grados, psicóticos, deficiencias físicas (sorderas, parálisis, etcétera). Desconocimiento del idioma. Etnias diferentes con criterios culturales distintos.

Todas estas características pueden aparecer en un sólo individuo, o en varios menores de un mismo grupo.

10.2. Características de los alumnos de 15-18 años.

Se ha notado un incremento considerable de alumnos adolescentes (15-18 años) con la siguiente situación:

Alumnos extranjeros que no conocen el idioma (mayor número de marroquíes) con pocos deseos de integrarse, con frecuentes episodios violentos, falta de respeto hacia los profesores y agresiones a compañeros, con hábitos muy marcados de su cultura que chocan con el comportamiento normalizado de una clase.

Alumnos que estando en edad escolar obligatoria han abandonado los estudios, carentes de motivación para seguir con éstos.

Alumnos con una escolarización normalizada y con un rendimiento positivo en su centro de procedencia y que por situaciones familiares conflictivas deben ingresar en el Centro de 1ª Acogida "Hortaleza".

- Jóvenes que finalizada su escolarización obligatoria buscan su primer empleo.
- Jóvenes en situación laboral activa.
- Alumnos que asisten a un Aula-Taller.
- Alumnos que vienen después de haber cometido alguna falta, muy resistente a todo tipo de normas.
- Adolescentes toxicómanos con Síndrome de Abstinencia.
- Alumnas que ejercen la prostitución.
- Alumnos con problemas psíquicos graves.

- Alumnos tiranizantes que han agredido a sus progenitores.
- Mayores de edad que afirman ser menores para sentirse protegidos.
- Reingresos que permanecen unos días en el aula y pasan de todo.
- Adolescentes que viven en la calle.
- Adolescentes que se han fugado de sus casas de otras comunidades, generalmente parejas que finalizan sus correrías en Madrid.
- Menores embarazadas o menores madres solteras que ingresan con sus hijos.
- Devueltos de adopción y acogimiento familiar.

CAPÍTULO V: ENTIDADES NOSOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN LA ADOLESCENCIA.

11. La Salud Mental.

11.1 Conceptos de Salud Mental.

Los conceptos de Salud Mental según la OMS (2001) incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido explicado como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir en sus comunidades.

La definición de la Salud Mental se vincula, a la noción del desarrollo óptimo del individuo dentro de su entorno, teniendo en cuenta su edad, capacidad innata, condiciones de vida y cultura.

De modo más preciso, se puede delimitar la salud mental como la capacidad del individuo para:

Establecer relaciones con los demás.

Participar de forma constructiva en las modificaciones del entorno.

Resolver de manera adecuada sus potenciales conflictos.

Desarrollar su personalidad integrando sus pulsiones instintivas dentro de las realizaciones sociales.

Algunos autores pronuncian que la Salud Mental es un constructo, esto quiere decir algo sujeto a variabilidad.

¿Qué es lo que nos indica que una persona está mentalmente sana?.

La adaptación a la sociedad en que vive.

Sentirse bien consigo mismo (autorrealización, desarrollo personal).

Aceptarse uno como es.

Equilibrio ante situaciones problemas o crisis vitales.

Capacidad para relacionarse con los demás.

Entorno que facilite el bienestar.

Esto en ocasiones depende de épocas. Por ej: La homosexualidad, fue considerada como una enfermedad hasta hace poco tiempo.

Vaillant, G (2003) expresa que la salud mental es demasiado importante para ser pasada por alto.

La Salud Mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. La dimensión positiva de la salud mental ha sido subrayada en la definición de salud de la OMS: "La salud es un estado de completo bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Otra especificación es la del diccionario Merriam-Webster (1997) que define la Salud Mental como un estado de bienestar emocional y psicológico en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana.

Los problemas de Salud Mental afectan a la sociedad en su totalidad, no hay grupo humano inmune, empero el riesgo es más alto en los pobres, los sin techo, el desempleado, en las personas con poco nivel de escolaridad, las víctimas de la violencia, los migrantes, refugiados, las poblaciones indígenas, las mujeres maltratadas y el anciano abandonado (OMS 2004).

Los dos objetivos gemelos de mejorar la salud mental y disminuir los costos personales y sociales secundarios a estos problemas mentales, sólo se pueden lograr a través de un enfoque de salud pública. (Sartorius, N 1998, VicHealth 1999, Hosman, C 2001, Herrman, H 2001, Walker L, Moodle R, Herman, H 2004).

11.2 Síndrome de Ulises ó Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (SIECM).

11.2.1. Definición.

Es una patología específica vinculada a la intensidad del estrés crónico provocado por la soledad, la lucha por la supervivencia, la sensación de fracaso y el duelo que padecen las/los inmigrantes irregulares o los que corren el riesgo de pasar a serlo.

Es detectado y descrito en el año 2000, como Trastorno Adaptativo Crónico del Emigrante de los refugiados Hmong (etnia del sudeste asiático) en los Estados Unidos por Westermeyer, J (1989), Doctor en Psiquiatría y Profesor Adjunto de Antropología en la Universidad de Minnesota. Descripción completada y mejorada por el Dr. Joseba Atxotegui, (psiquiatra y Profesor Titular en la Universidad de Barcelona y Director Fundador del SAPPPIR Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados del Hospital Sant Pere Claver de Barcelona) cuando las condiciones legales de las/los inmigrantes se complicaron y se hicieron más duras, y las oleadas de

argentinos, que ante la crisis económica emigraron a España en busca de un futuro mejor, arriesgándose en muchos casos a la ilegalidad.

El Síndrome de Ulises sin identidad propia en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR(2005) o en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9.MC(1996) y sin cumplir los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo y el trastorno adaptativo con los que posee aspectos en común aparte de la sintomatología depresiva específica de los inmigrantes, podría encuadrarse como variante atípica quizás menor del trastorno por estrés post-traumático.

11.2.2. Sinonimia.

El Profesor Atxotegui lo ha bautizado como Síndrome de Ulises, ya que la situación que viven estas personas, recuerda las innumerables dificultades, obstáculos y peligros, lejos de la familia, que tuvo que afrontar el héroe griego Ulises descrito en el poema épico de la Odisea de Homero siglos VIII y IX a.c., aunque no todos los inmigrantes vuelven al hogar como en el mito, sí van en busca de una tierra prometida que suele revelarse hostil e insegura. El pueblo lo conoce también por el Síndrome del Inmigrante Triste.

Las relaciones entre el estrés social y la Salud Mental constituyen un tema cada vez más relevante en la investigación y en la atención clínica (mobbing, burn-out), existe un área en la que los estresores psicosociales poseen una dimensión cuanti-cualitativa relevante y difícilmente discutible desde la perspectiva de sus relaciones con la Salud Mental, es la de las migraciones del Siglo XXI. Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Estas personas son las candidatas a padecer el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple o Síndrome de Ulises. El conjunto de síntomas que conforman este Síndrome constituyen hoy un problema de salud mental emergente en los países de acogida de los inmigrantes.

El Síndrome del Inmigrante por Estrés Crónico y Múltiple se caracteriza por un lado, porque la persona padece unos determinados estresores o duelos y por otro lado porque aparecen un conjunto de síntomas psíquicos y somáticos que se enmarcan en el área de la Salud Mental.

El estrés: es un desequilibrio sustancial entre las demandas ambientales percibidas y las capacidades de respuestas del sujeto y el **duelo:** es el proceso de

reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo significativo para el sujeto.

11.2.3. Duelo.

Existen siete duelos en la migración: la familia y los seres queridos, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo de pertenencia y los riesgos para la integridad física. (Atxotegui, J 2000).

Desde la perspectiva de la dificultad en la elaboración del duelo y por lo tanto en su potencialidad psicopatológica, se establecen tres tipos de duelos:

El duelo simple: es aquel que se da en buenas condiciones y que puede ser elaborado.

El duelo complicado: cuando existen serias dificultades para la elaboración del duelo.

El duelo extremo: es tan problemático que no es elaborable, dado que supera las capacidades de adaptación del sujeto, este sería el duelo propio del Síndrome de Ulises.

En relación al duelo por la familia que se vive en la migración:

El duelo simple: se daría, por ejemplo, cuando emigra un adulto joven que no deja atrás ni hijos pequeños, ni padres enfermos, y puede visitar a los familiares.

El duelo complicado: es aquel en el que se emigra dejando atrás hijos pequeños y padres enfermos, pero es posible regresar, traerlos.

El duelo extremo: se daría al emigrar dejando atrás la familia, especialmente cuando quedan en el país de origen hijos pequeños y padres enfermos, pero no hay posibilidad de traerlos ni de regresar con ellos, ni de ayudarles.

Ulises fue un semidiós, que a duras penas sobrevivió a las terribles adversidades y peligros a los que estuvo sometido, pero las personas que llegan hoy a nuestras fronteras tan sólo son seres humanos de carne y hueso que viven episodios tan o más dramáticos que los descritos en la Odisea. Soledad, miedo, desesperanza..., las migraciones del nuevo milenio nos recuerdan cada vez más, los textos de Homero, por ej. aquel pasaje en el que Ulises para protegerse del perseguidor Polifemo dice: *preguntas cíclope cómo me llamo, voy a decírtelo: mi nombre es Nadie y Nadie me llaman todos.* Homero (1968). Si para

sobrevivir se ha de ser *Nadie*, se ha de ser permanentemente invisible, no habrá identidad ni integración social y tampoco puede haber Salud Mental.

11.2.4. Identificación del cuadro en los inmigrantes en situación extrema.

Se abordarán los estresores y síntomas.

11.2.4.1. Estudio de los estresores:

- a. *La soledad.*
- b. *El fracaso del proyecto migratorio.*
- c. *La lucha por la supervivencia: la alimentación y la vivienda*
- d. *El miedo.*
- e. *Factores que potencian el efecto de los estresores.*

En este apartado haremos referencia a los estresores que delimitan el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple. Es importante señalar que no tratamos de describirlos, ya que son conocidos en nuestro medio por los relevantes trabajos de Aparicio, R (2002), y Arango, J (2002), sino de delimitarlos específicamente desde la perspectiva de sus relaciones con la Salud Mental.

a) *La soledad.*

El duelo por la familia tiene que ver con la soledad y la separación de los seres queridos, de manera especial cuando se dejan atrás hijos pequeños o padres ancianos y enfermos, a los que no pueden traer consigo, ni regresar a visitarlos por la imposibilidad de retorno a España, al no tener papeles. Esta situación no sólo afecta a los indocumentados, sino a aquellos inmigrantes que están legales, pero carecen de los requisitos básicos para la reagrupación familiar. La soledad forzada es un gran sufrimiento. Se vive de manera especial de noche, cuando afloran los recuerdos, las necesidades afectivas, la culpa de haber abandonado a los suyos, los miedos...

Además los inmigrantes provienen de culturas en las que sus relaciones familiares son mucho más estrechas y las personas desde que nacen hasta que mueren conviven en el marco de familias extensas donde los vínculos de solidaridad son más fuertes y por ello les resulta más penoso soportar en la migración, ese vacío afectivo. Este duelo por la familia tiene que ver con los vínculos y el apego, con el dolor que producen las separaciones.

b) *El fracaso del proyecto migratorio.*

El sentimiento de desesperanza y fracaso, que surge cuando el inmigrante no logra ni siquiera las mínimas oportunidades para salir adelante, al tener dificultades de acceso a los papeles, al mercado laboral, o trabajar en condiciones de explotación; para estas personas que han realizado un ingente esfuerzo migratorio (a nivel económico, riesgos físicos, esfuerzos), intentarlo y no salir adelante es muy penoso sumado a ello el fracaso en soledad será aún más doloroso.

Y si el inmigrante decidiera regresar, siendo un fracasado resultaría muy lamentable. Existen algunas zonas de África en las que se considera, que quien ha fracasado en la migración es porque posee algún maleficio, por lo que sería visto con temor por parte de la comunidad. (Nathan, T., Stengers, I 2000).

c) *La lucha por la supervivencia: la alimentación y la vivienda.*

El que emigra ha de luchar por su propia supervivencia. En ella existen dos grandes áreas:

La alimentación: muchas veces estas personas están subalimentadas. Si tenemos en cuenta que por lo general los inmigrantes son un colectivo que se alimenta mal, ya que envían casi todo el poco dinero que tienen, a sus familiares en el país de origen, ello es una muestra de su generosidad e intensidad en sus vínculos; según los últimos datos publicados por el Banco de España, las remesas de los inmigrantes que trabajan en España a sus países de origen alcanzaron los 8.135 en el año 2007 (Ver Anexo X). Diario El País.com (2008); y el resultado es que tienden a comer alimentos de baja calidad con muchas grasas saturadas y bajo índice de proteínas. A esto se añade, con frecuencia, la dificultad de reproducir en la sociedad de acogida los hábitos alimentarios saludables que tenían en sus países.

La vivienda: Es otro de los problemas de los que emigran. No es extraño encontrar casas en las que se aglomeran muchos inmigrantes a precios abusivos. El hacinamiento se sabe que es un factor de tensión y de estrés (se calcula que el espacio vital que necesita una persona no debe ser inferior a 15 metros cuadrados, espacio que va mucho más allá de lo que viven); a ello hay que añadirle el número relevante de personas que habitan en infraviviendas en las que están ausentes elementos básicos como techo, agua, paredes, o sencillamente viven en la calle.

d) *El miedo.*

Por los peligros físicos relacionados con el viaje migratorio (las pateras, los yolos, los camiones, etc), las coacciones de las mafias, las redes de prostitución, etc. Además en todos los casos el miedo a la detención y expulsión (en España se expulsa a un inmigrante cada 5 minutos, según datos oficiales) a los abusos, a conductas racistas....

El miedo a la pérdida de la integridad física, tiene unos efectos mucho más desestabilizadores, que el miedo de tipo psicológico ya que en las situaciones de miedo psíquico hay más posibilidades de respuestas que en las de miedo físico.

A nivel biológico conocemos que el miedo crónico e intenso fija las situaciones traumáticas a través de la amígdala y da lugar a una atrofia del hipocampo (en veteranos de la guerra de Vietnam o en personas que han sufrido en la infancia abusos sexuales, se han detectado hasta un 25% de pérdida). También habría pérdidas neuronales en la corteza orbito frontal. Sabemos que a través de este circuito están interconectadas la amígdala, los núcleos noradrenérgicos y la corteza prefrontal, áreas muy importantes en la vivencia de las situaciones de terror. (Sendi, C 2001).

El estrés crónico da lugar a una potenciación del condicionamiento del miedo, tanto sensorial como contextual, esto hace que se responda con temor ante las situaciones de estrés futuras, este dato es importante en los pacientes con Síndrome de Ulises ya que se hallan sometidos a múltiples estresores que les reactivan las situaciones de terror que han sufrido anteriormente.

Una de las situaciones de pavor más conocidas y visibles en la actualidad española por la opinión pública es el viaje en pateras en la zona del estrecho de Gibraltar y en Canarias. La asociación de amigos y familiares de las víctimas de la inmigración clandestina (AFVIC) habla de unos 4000 muertos en el Estrecho desde 1994 en que llegó la primera patera.

Como se ha dicho a veces el estrecho se ha convertido en una gran fosa común. Recientemente los colectivos que llegan en patera se han ampliado incluso a inmigrantes de Latinoamérica y Asia, sin embargo, situaciones de peligro se dan también en otras zonas del mundo y así por ejemplo en América, en la frontera México-USA, la situación es aún mucho peor y se calcula que mueren al menos 1000 personas al año, unas tres al día.

De todos modos sabemos que la mayoría de los inmigrantes llegan por otras vías. Podríamos decir que no vienen tantos en patera, pero sí que muchos mueren intentando alcanzar las costas españolas. Otros llegan en grupos organizados, “demasiado” organizados y son recluidos en pisos, lonjas, viven amenazados, chantajeados por las mafias, las “contection man”.

Vázquez J & col (2005) señalan en sus trabajos: en la atención primaria el paciente que se atiende con más frecuencia no es el inmigrante recién llegado en patera, sino las familias instaladas en España que se encuentran en otra fase del proceso migratorio.

El “miedo” es perceptible también en los niños inmigrantes cuyos padres no tienen papeles. Vemos incluso niños asustados porque sus padres se retrasan apenas unos minutos en llegar a casa, ya piensan que quizás los han deportado y que se quedarán solos aquí. Y en este caso obviamente no estamos hablando de fantasías infantiles de abandono y persecución en el sentido kleiniano, sino de realidades objetivas, es decir de auténticas situaciones traumáticas. El miedo además está relacionado con la vivencia de situaciones de peligro para la integridad física, de todos modos, la desesperación puede más que el pánico y estas personas siguen llegando. Esta combinación de soledad, fracaso en el logro de los objetivos, vivencia de carencia extremas y terror son la base psicológica y psicosocial del Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (Síndrome de Ulises).

e) *Factores que potencian el efecto de los estresores.*

La multiplicidad: no es lo mismo padecer uno que muchos estresores, estos se potencian: soledad, fracaso, miedo.

La cronicidad: una cosa es padecer una situación de estrés unos días o unas semanas que durante meses o incluso años. El estrés es acumulativo. Muchos de estos inmigrantes desarrollan auténticas odiseas que duran años, podemos decir que en vez de tener un mal día, tienen una mala vida.

La intensidad y la relevancia de los estresores: lógicamente hacemos referencia a estresores límite, a un estrés crónico múltiple y extremo. No es lo mismo el estrés de un atasco de tráfico, o de unos exámenes, que la soledad afectiva, las vivencias de terror..., que son de una gran intensidad y relevancia emocional.

La ausencia de sensación de control: si una persona padece estrés pero conoce la manera de salirse de él, reacciona de modo más sereno que cuando no ve la salida al túnel en el que está inmerso. Existe un experimento clásico en el que se somete a una situación de ruido intenso a dos grupos de personas: un grupo con la posibilidad de controlarlo cuando lo desea y el otro sin poder dominarlo. Obviamente el grupo que podía controlarse tenía menos alteraciones a nivel de ansiedad, tensión arterial, etc. (Vander Zander, J.W 1994).

La ausencia de una red de apoyo social: ¿Qué organismos se hacen cargo de estos inmigrantes?. Cebrián, J.A & col (2000). Como estas personas no existen a nivel legal, hay muchas más dificultades para que puedan ser sujetos de ayudas, por otra parte, como es sabido, a mayor cronicidad de una problemática también hay un menor entendimiento de las redes de apoyo. Estos pacientes en realidad son más viajeros que inmigrantes, porque en la situación en la que se encuentran aún no han acabado de llegar a la sociedad de acogida, aún no se han instalado, siguen de viaje. (Aguilar, J 2003, Gómez Mango, E 2003).

A los estresores señalados han de añadirse los clásicos de la migración: el cambio de lengua, de cultura, de paisaje magníficamente estudiado por Calvo, F (1970), Tizón, J & col (1993), Grinberg, L., & Grimberg, R (1994) entre otros. En definitiva los duelos clásicos de la migración, que por supuesto siguen estando ahí, y que son también fundamentales para el bienestar psicológico de la persona que emigra, pero en la migración actual han quedado relegados a un segundo lugar a pesar de su importancia por los nuevos estresores límite a los que hemos hecho referencia. En otros trabajos Atxotegui, J (2000), Atxotegui, J (2002) ha agrupado estos duelos básicos en siete áreas: familia y amigos, lengua, cultura, tierra, estatus social, contacto con el grupo nacional y los riesgos físicos.

El círculo se cierra si además la persona comienza ya a tener una serie de síntomas como ocurre al padecer este Síndrome y las fuerzas para seguir luchando comienzan a fallarle. El inmigrante tiene en este caso toda una sintomatología con un efecto incapacitante. Se halla inmerso en un terrible círculo vicioso. Estas personas poseen la salud como uno de sus capitales básicos y la comienzan a perder. (Domic, Z 2004).

Un sistema sanitario disfuncional: que debería ayudar a estas personas y no siempre los atiende adecuadamente. Hay profesionales que por prejuicios o por desconocimiento de la realidad de los inmigrantes, incluso por racismo, desvalorizan la sintomatología de estas personas lo cual

desgraciadamente tampoco es tan sorprendente si vemos que la propia Organización Mundial de la Salud no tiene programas de Salud Mental para los inmigrantes.

Otras veces, esta sintomatología es erróneamente diagnosticada como trastornos depresivos, psicóticos, enfermos orgánicos, padeciendo tratamientos inadecuados o incluso dañinos y sometidos a todo tipo de pruebas, incluso cruentas y con efectos secundarios, aparte del gasto sanitario innecesario que conlleva.

Estos inmigrantes viven una de las peores pesadillas imaginables: estar sólo, en peligro, sin recursos, sin ver salida a la situación, encontrarse mal, pedir ayuda y que no le entiendan ni sepan ayudarle. Seguro que hay pesadillas peores, pero falta imaginación para describirlas. En los trabajos, de salud mental, con población inmigrante desde 1980, no se habían visto nunca, las situaciones de estrés límite estudiadas en los últimos cinco años. (Atxotegui, J 2003, Atxotegui, J 2004b).

11.2.4.2. Estudio de los Síntomas.

El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple se caracteriza por ser una combinación de toda una serie de estresores que ya hemos señalado y de toda una serie de síntomas que describiremos a continuación. Esta sintomatología es muy variada y corresponde a varias áreas de la psicopatología:

Sintomatología del área depresiva.
Sintomatología del área de ansiedad.
Sintomatología del área de la somatización.
Sintomatología del área confusional.
Interpretación cultural de la sintomatología.

Sintomatología del área depresiva:

Tristeza: expresa el sentimiento de fracaso, de indefensión aprendida, ante los duelos extremos a los que debe hacer frente el inmigrante en situación límite.

Como sabemos desde los trabajos de Ekman, P (1978) en los que la expresión facial de las emociones básicas es universal, la tristeza es fácilmente perceptible en la anamnesis de personas de cualquier cultura, aunque este mismo autor señala que hay casos como, por ejemplo, el de la cultura japonesa en la que es más difícil de valorar ya que en esta sociedad se considera

que no sonreír es una descortesía social por lo que se oculta mucho la expresión facial de la tristeza. (Luong Càn Liêm 2004).

Llanto: en estas situaciones límites lloran tanto los hombres como las mujeres, a pesar de que los hombres han sido educados en casi todas las culturas en el control del llanto. Una expresión de esta dificultad de los hombres sería que a veces se refieren a llorar eufemísticamente diciendo que les sale agua por los ojos o que lloran por dentro. Por otra parte en la tradición islámica el llanto no está bien visto y el dolor se expresa más en forma de gemidos. La interpretación de que el llanto se dé tanto en hombres como en mujeres, radicaría en que ante una situación tan límite, incluso las barreras de tipo cultural quedarían en segundo lugar.

Culpa: se expresa con menor frecuencia e intensidad en culturas no occidentales, en las que no se considera que el ser humano es el centro del mundo, sino que forma parte de todo el conjunto de la naturaleza. Klein, M (1988) nos dice que en las culturas tradicionales se daría más una culpa del tipo paranoide, ligada al temor, al castigo. En la culpa paranoide la persona no está preocupada por el daño que ha infligido al otro, por el mal que ha causado, sino que está afectada por el temor al castigo que teme recibir por su acción inadecuada. Esta culpa paranoide se relaciona con el pensamiento mágico y la hechicería. Los pacientes pakistaníes te miran asombrados, a veces hasta sonríen, cuando se les pregunta si tienen sentimientos de culpa. En la culpa depresiva el sentimiento básico es el sufrimiento por haber hecho daño al otro, el remordimiento, el sentimiento de pena por el mal que se ha causado. Con frecuencia se da, el doble, de sentimiento de culpa en los pacientes depresivos occidentales, que en los pacientes de otras culturas. Sin embargo, no es extraño que un latinoamericano se considere muy culpable de casi todo lo que le está pasando, es el otro extremo del péndulo del sentimiento de culpa.

Ideas de muerte: A pesar de la gravedad de los factores estresantes, estas ideas no son frecuentes en estos inmigrantes. De forma general, estas personas tienen una gran capacidad de lucha que les hace querer ir hacia delante incluso en contextos muy adversos. Pueden tener sentimientos de tristeza pero aún conservan una esperanza que les impulsa a desear seguir viviendo. Por ejemplo una ecuatoriana nos decía: ...pero cómo voy a tener ideas de muerte si tengo dos hijos pequeños esperándome en América... Esta mujer estaba llena de sentimientos de vida, sin embargo, en los menores adolescentes, dada su mayor impulsividad, sí que se darían con más frecuencia ideas de muerte e intentos suicidas, en determinados momentos de gran desesperación.

Un factor que protege de modo muy significativo, de las ideas de muerte, en los inmigrantes es la intensidad de sus sentimientos religiosos, y en este punto hemos hallado una gran similitud entre los inmigrantes de religión cristiana (en su mayoría católicos) y los de religión musulmana.

Sintomatología del área de la ansiedad.

La sintomatología del área de la ansiedad es una de las más importantes de este cuadro clínico. Entre sus síntomas destacaríamos:

Tensión, nerviosismo: es un síntoma muy frecuente que expresaría el enorme esfuerzo, la lucha que supone afrontar las adversidades que conlleva emigrar en estas condiciones, con todos estos estresores.

Preocupaciones excesivas y recurrentes: se hallan en relación a la extrema complejidad y dificultad de la situación en la que se encuentran estos inmigrantes extracomunitarios. Existe un enorme acumulo de sentimientos contrapuestos, que cuesta integrar. Se requiere una gran capacidad interior para entender tantas emociones. El inmigrante ha de tomar muchas decisiones importantes, a veces en muy poco tiempo y con escasos medios de análisis, lo que conlleva a una enorme tensión. Como decía muy gráficamente un paciente: "es como si tuviera la centrifugadora dentro de la cabeza, trabajando todo el día". Obviamente estas preocupaciones recurrentes y obsesivas favorecen la aparición del insomnio, ya que para conciliar el sueño es básico lograr un estado de relajación.

Irritabilidad: éste no es un síntoma tan frecuente como los anteriores. De todos modos se ha de tener en cuenta que tiende a expresarse menos en inmigrantes procedentes de culturas orientales que controlan más la expresión de las emociones (consideran que expresar una emoción es una forma de coaccionar a los otros); la cultura occidental es una de las más asertivas. Este síntoma se ve más en menores. La irritabilidad es frecuente en las bandas juveniles se ponen *bravos* dicen los ecuatorianos, cubanos...

Insomnio: Las preocupaciones recurrentes e intrusivas dificultan el sueño. La noche es el momento más duro porque afloran los recuerdos, se percibe con toda su crueldad la soledad, el alejamiento de los seres queridos, la magnitud de los problemas a los que deben hacer frente.

No existen estímulos externos suficientes que puedan distraer a la persona de sus preocupaciones, recuerdos, etc. Además se pone en marcha la ansiedad de anticipación que favorece que el inmigrante que comienza a tener problemas para dormir asocie el acostarse con una situación de tensión y por lo

tanto no se relaje lo suficiente como para poder conciliar el sueño, y de ese modo se va instaurando el insomnio, con lo que se crea un círculo vicioso, un condicionamiento.

A nivel biológico se podría explicar el insomnio desde la perspectiva de que el incremento de catecolaminas y glucocorticoides a que da lugar el estrés favorece el arousal, la excitación que impide la relajación para poder dormirse.

El insomnio de los inmigrantes se agrava además por las pésimas condiciones de las viviendas que habitan con ambientes húmedos, excesivamente calurosos en verano y fríos en invierno, la existencia de ruidos, mala ventilación, etc. A todo esto, cuando están en la calle se añade el miedo a los robos, agresiones, la policía que los puede expulsar, etc. La noche en la calle es insegura.

En el año 2002 en Almería un grupo de inmigrantes que se guarecía en la estación de autobuses fue atacado por grupos xenófobos con el resultado de un muerto y varios heridos.

El pasado 22/10/2007 todas las televisiones españolas y extranjeras, mostraron la brutal agresión de un joven español hacia una chica ecuatoriana que viajaba en el metro de Barcelona, esta actitud sin razón ha despertado el rechazo total de las personas de buena voluntad en nuestra sociedad.

El hecho de vivir en un estado democrático debe hacer reflexionar a los dirigentes del país, a los poderes judicial y legislativo para que se ejerza ante situaciones como éstas la justicia en todo su esplendor, evitando así que la impunidad, incite a repetirlas.

La Sociedad, la familia, la escuela, las religiones, tienen el deber de *educar* en una cultura antirracista y antixenófoba desde los primeros años de vida, a todo lo largo y ancho de la península ibérica. Sólo de esta manera llegaremos a erradicar esa lacra social que hace sentir a algunos superiores. Se necesita un respeto coherente de la Declaración Universal de los Derechos Humanos del 1948, existe entre las diferentes culturas más razones para unirnos que para separarnos, es hora ya de enterrar para siempre estas conductas que denigran a la especie humana, España fue antes imperio que nación, hubo muchísimos muertos a través de los siglos XVIII, XIX y XX para que ahora sigamos alimentando ese miedo y rencor a lo desconocido...

Sintomatología del área de la somatización:

En la mayoría de las culturas de origen de los inmigrantes, se considera que la mente y el cuerpo no están separados. En estas culturas lo mental y lo físico se expresan de modo combinado, es decir el que aparezcan síntomas somáticos no impide la expresión psicopatológica, no son por lo tanto pacientes alexitímicos, que rehuyan lo emocional, a pesar de que tienen una fuerte expresión somatizada.

Destacan entre los síntomas somatomorfos, las cefaleas y la fatiga, que son síntomas frecuentes también en la clínica de los autóctonos, pero no tanto en personas jóvenes ya que estos síntomas, al igual que el insomnio, suelen presentarse a más edad. También son frecuentes otras somatizaciones, especialmente de tipo osteomuscular, en menor porcentaje se hallarían las molestias abdominales y aún menos las torácicas. Las molestias osteomusculares se explicarían en relación a las contracturas musculares que aparecen como respuesta al estrés. Especialmente son más intensas en la zona de la espalda y las articulaciones o como dicen muy gráficamente algunos hispanoamericanos en las coyunturas.

La cefalea: es uno de los síntomas más característicos del Síndrome de Ulises, ya que se da en una proporción superior a la de los autóctonos que viven situaciones de estrés. En un estudio reciente el 76.7% de los pacientes con el Síndrome padecían cefalea (Atxotegui, J., Lahoz, S., Marxen, E., Espeso, D 2005).

Las cefaleas que se ven en los inmigrantes son casi siempre de tipo tensional y van asociadas a las preocupaciones recurrentes e intrusivas, intensas en que el inmigrante se halla inmerso. Las molestias con frecuencia se concentran en la zona frontal y en las sienes. Desde una perspectiva psicoanalítica podrían estar ligadas a la utilización de la defensa de la negación (muy frecuente en el duelo migratorio extremo), al resultarles, a pesar de todo, más soportable el dolor de cabeza que el seguir pensando en tantos problemas y adversidades.

La fatiga: La energía se halla ligada a la motivación y cuando la persona durante largo tiempo no ve la salida a su situación, existe una tendencia a disminuir sus fuerzas. Este síntoma se da en todos los pacientes que sufren el Síndrome aunque en menor grado en aquellos que llevan poco tiempo en el país de acogida.

Es evidente que con este gran cansancio estas personas difícilmente puedan ser diagnosticadas de maníacas. Más bien se quejan de hallarse sin energía. Este desgaste está relacionado con otros síntomas ya descritos como el insomnio y la cefalea. A nivel psicosomático es importante también observar que estas personas están casi siempre envejecidas por todo el sufrimiento que padecen.

Los síntomas somáticos pueden cambiar, no son radicalmente fijos. Sobre todo el insomnio, que suele ser el primero que remite cuando el inmigrante mejora con el tratamiento. El síntoma más rebelde suele ser la cefalea.

Es importante tener en cuenta que la expresión somática de los síntomas se halla modulada por factores culturales: así hemos visto, en la línea de lo señalado por Gailly, A (1991) una mayor tendencia de los pacientes de origen marroquí a expresar molestias torácicas, los pacientes sub-saharianos a manifestar molestias digestivas y los asiáticos formulan síntomas relacionados con la sexualidad.

Sintomatología del área confusional:

Hay sensación de fallos de la memoria, de la atención, de sentirse perdido, incluso perderse físicamente, hallarse desorientados a nivel temporal, etc.

Existen varios aspectos que favorecen la aparición de la sintomatología de tipo confusional. La confusión podría estar ligada con el tener que esconderse, hacerse invisibles, para no ser retenidos, repatriados, en definitiva el famoso episodio de la Odisea en el que Ulises le dice a Polifemo que su nombre es Nadie.

Así es frecuente encontrar casos de menores que han pasado por numerosos centros de protección en los que dan un nombre diferente en cada uno de ellos. ¿Cuál es el verdadero nombre?. Al final quizás ya ni ellos lo saben. Estos pacientes hacen comentarios muy expresivos. Uno decía: “no sé si voy o vengo” y otro “no sé lo que quiero, pero lo quiero ya”.

En situación extrema, los migrantes dicen muchas mentiras o medias mentiras, fabulación... se producen confusiones en las relaciones familiares. El inmigrante apenas explica la verdad a los suyos para que no sufran por él, y sus familias también se guardan de explicarle los problemas que van

surgiendo en el país de origen. Al final todo ello potencia la confusión y la desconfianza.

Desde una perspectiva cultural se ha de tener en cuenta que en las culturas donde ha habido más control sobre los ciudadanos se ve menos sintomatología confusional y más de tipo paranoide, como ocurre en los inmigrantes procedentes de los países de la antigua Unión Soviética.

Sabemos que no es fácil evaluar estos síntomas confusionales a nivel transcultural recordemos que hay culturas que tienen una idea del tiempo más circular que propiamente lineal.

Un ejemplo de las dificultades culturales que se pueden dar en la exploración de estos síntomas es que la despersonalización es difícil de valorar en culturas que poseen otra imagen del yo, como los orientales, donde las terapias se plantean “contra el yo”.

Desde una dimensión psicoanalítica la confusión se hallaría relacionada con la frecuente utilización de la defensa de la negación en situaciones extremas, tal como señala Klein, M (1988) favorece la fragmentación de los objetos.

Desde un enfoque biológico puede explicarse la confusión desde la respuesta al estrés crónico ya que el cortisol actúa sobre el hipocampo produciendo alteraciones de la memoria, así como también sobre las áreas corticales. (Sendi, C 2001).

Según la vertiente foucaultiana, el diagnóstico psiquiátrico del Síndrome de Ulises, no es algo objetivo, neutro sino que se vincula a las estructuras de poder y forma parte de lo que denominó “biopolítica”. (Foucault, M 2005).

Interpretación cultural de la sintomatología:

En muchos casos el inmigrante interpreta desde su cultura tradicional lo que le va aconteciendo en el país receptor. Los inmigrantes interpretan sus desgracias como una mala suerte provocada por la brujería, la magia, la hechicería, etc. Hemos atendido muchos casos de personas que interpretaban sus síntomas como castigos, por incumplir normas sociales de sus grupos tales como: haber rechazado casarse con la pariente designada por la familia, no estar presente en la muerte de los padres, etc.

En la medicina tradicional africana se considera que quien ha ofendido a alguien o infringido una norma puede ser víctima de la brujería por parte de las personas que se han sentido ofendidas.

Sin embargo, no por ello estos inmigrantes dejan de ver la importancia que tienen los factores sociales y políticos en su situación. Como nos dijo una vez un africano: ...mire Ud. a mí el mal de ojo también me lo han echado las leyes que tienen en este país...

...Es muy necesario y relevante conocer algunos aspectos del "pensamiento mágico". En la cultura de Guinea Ecuatorial, conocimos a una menor que al decir: que tenía serpientes en el estómago, lo interpretaron como un trastorno de tipo paranoide y la ingresaron en una sala de psiquiatría...

El psicoanálisis relaciona la magia con la omnipotencia del pensamiento. Freud, S (1999) planteó que se encuentra ligada a funcionamientos de tipo obsesivo y maniaco como respuesta primitiva a la ansiedad.

Esta interpretación de la sintomatología desde la perspectiva de las tradiciones mágicas conllevará a que la intervención psicológica, deba tener en cuenta la cosmovisión del paciente, obligando al terapeuta occidental a "descentrarse" culturalmente a la hora de efectuar su intervención.

Es muy importante acercarse a estas vivencias del paciente con respeto y atención. Pero no es fácil explorarlas porque estas personas se sienten rechazadas por la cultura autóctona y esconden este tipo de experiencias. Una buena forma de aproximarse a estos temas es preguntarles si creen que han tenido mala suerte. A partir de este punto es posible continuar el diálogo y profundizar en ello.

Para terminar este apartado de clínica señalaremos que desde la perspectiva de la evolución del Síndrome de Ulises hemos visto que estos pacientes exhiben variabilidad temporal en sus síntomas.

Presentan temporadas en las que están mejor y luego recaen, seguramente en relación al contexto cambiante en el que se encuentran, a la ayuda que reciben y a las defensas que utilizan por ejemplo, a veces la defensa de la negación puede disminuirles la ansiedad temporalmente.

El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple tendría algunas variantes por ejemplo según el número o la intensidad de los síntomas

se podría clasificar como parcial o completo, y según los estresores se podría clasificar en mayor si se dan todos y en menor si tan sólo se dan algunos. (Atxotegui, J 2003, 2004b).

Un aspecto muy significativo en la delimitación clínica de una entidad, es su diagnóstico diferencial con otros cuadros de la psicopatología con los que posee elementos en común o que son próximos.

En relación al diagnóstico diferencial con los trastornos depresivos podemos argumentar que en el Síndrome de Ulises aunque existe *tristeza*, es la de un duelo extremo, de un pesar intenso, más en la línea de la desolación que no la tristeza del depresivo en el sentido clínico, se mantienen llenos de pensamientos de vida en relación a sus hijos y familiares. Están ausentes la apatía, las ideas de muerte, la baja autoestima, la culpa, podemos decir que estas personas inmigrantes están caídas, pero no vencidas.

Los trastornos adaptativos en el inmigrante, podían haber sido cierto para las migraciones del siglo XX que llegaban con papeles y a los que se les permitía la reagrupación familiar, sin embargo resulta muy diferente a la situación actual de los inmigrantes extracomunitarios de este siglo que llegan sin documentación, ni identidad, y viven sujetos a un “estrés” que no tienen comparación cuantitativa ni cualitativa. (Beiser, M 1988, 1988a).

En el trastorno adaptativo el sujeto toma sus problemas a la tremenda y en el Síndrome de Ulises los problemas son tremendos y el sujeto se los toma... como son.

Cuando alguien no tiene papeles, acceso al trabajo, contacto con los seres queridos... qué más quisieran estas personas que poder adaptarse, por desgracia no tienen medios para superar los problemas a los que se enfrentan.

Estos inmigrantes no pueden adaptarse porque se hallan fuera del sistema “out” viviendo situaciones extremas de supervivencia. Siguiendo este enfoque son sugerentes las aportaciones de Touraine, A (2005) cuando dice que: antes la sociedad se dividía en los que estaban arriba y los de abajo, cada vez más la sociedad actual se divide entre los que están dentro del sistema y los que están fuera y obviamente los candidatos a padecer el Síndrome de Ulises se hallan claramente fuera del sistema, por lo que tienen pocas posibilidades de adaptarse.

Otra diferencia clara con el Trastorno adaptativo se da en que los portadores del Síndrome de Ulises mantienen su actividad social o laboral y los

sujetos con trastorno adaptativo presentan un deterioro significativo de la actividad social o laboral.

En relación a la diferenciación del Síndrome de Ulises con el Trastorno por Estrés Post-traumático podemos decir siguiendo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (2005) que en el primero hay soledad, sentimiento de fracaso, lucha por la supervivencia, en el segundo hay apatía y baja autoestima. La parte común a ambos proviene de la respuesta al miedo, un estresor muy importante.

Al plantear la delimitación y denominación del Síndrome de Ulises, estamos contribuyendo a evitar que estas personas sean incorrectamente diagnosticadas como depresivos, psicóticos, convirtiéndose estos juicios clínicos en nuevos estresores para los inmigrantes.

Por otra parte, tampoco debemos trivializar al decir que estas personas no tienen nada a nivel psicológico sostenerlo sería no aceptar la realidad de sus numerosos síntomas y discriminarles una vez más.

El Síndrome de Ulises se halla en el área de la prevención sanitaria y psicosocial más que en el área del tratamiento y la intervención tendrá por objeto evitarles a los sujetos portadores de este cuadro que acaben empeorando y lleguen a sufrir un trastorno mental standard.

Por tal motivo, el trabajo sobre el Síndrome atañe no sólo a psicólogos, psiquiatras, sino a trabajadores sociales, enfermeras/os, educadores sociales; tal como señalan los trabajos de González de la Rivera, JL (2005) en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, una gran parte de los inmigrantes acudían a visitarle a través del servicio de urgencias con graves síntomas, nada más alejado de la red de prevención asistencial.

11.2.5. Intentos autolíticos en adolescentes.

Uno de los episodios más desestabilizadores que se presentan en esta etapa son los intentos autolíticos.

El suicidio es considerado por la OMS (2000) como un trastorno multidimensional, que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales.

En nuestra experiencia, es más asiduo en las jóvenes adolescentes tanto autóctonas como en inmigrantes. Las lesiones más frecuentes han sido “cortes” en la muñeca acompañadas de crisis de llanto e ideas de no querer seguir viviendo, por una determinada situación personal fruto de una decisión humana y no de una psicopatológica; los intentos más “llamativos” han sido realizados por las menores con tratamiento psiquiátrico que se han colocado en el alféizar de la ventana para lanzarse desde la 2ª planta.

La intervención en un primer momento es la contención y acto seguido establecer contacto con la Unidad de Adolescente del Hospital “Gregorio Marañón” para trasladar al paciente.

Una vez ingresada, diagnosticada y tratada, requieren un centro específico para el abordaje de su patología psiquiátrica.

Por lo general, se intenta que pasen directamente del Hospital al recurso asignado éste puede estar ubicado en Madrid o en otras Comunidades Autónomas, no siempre lo hemos logrado y es en estos casos cuando retornan al Centro de 1ª Acogida en espera de la institución terapéutica adecuada.

11.2.6. Promoción de la Salud Mental.

La promoción, parte del principio de que todas las personas tienen necesidades de Salud Mental y no sólo aquéllas que han sido diagnosticadas. La promoción concierne esencialmente a la realidad social en la que todos se sientan comprometidos con el bienestar mental. La psicología positiva se interesa también por la Salud Mental e incluso está más cercana a ella que los tratamientos psiquiátricos. La “promoción de Salud Mental” es un término que cubre una variedad de estrategias; éstas pueden ser vistas desde tres niveles:

11.2.6.1. Nivel individual.

Motivar los recursos propios de la persona por medio de estímulos en la auto-estima, la resolución de los propios conflictos, la asertividad en áreas como la paternidad, el trabajo o las relaciones interpersonales.

11.2.6.2. Nivel comunitario.

Una creciente y cohesionada inclusión social, desarrollando las estructuras de ayuda que promueven la Salud Mental en los lugares de trabajo estudio y en el vecindario.

11.2.6.3. Nivel oficial.

El estado de cada nación comprometido en planes que reduzcan las barreras socio-económicas promoviendo oportunidades, en igualdad de acceso a los servicios de salud pública, por parte de los ciudadanos más vulnerables a este desorden.

12. Enfermedades infectocontagiosas.

La Organización Mundial de la Salud expone que las enfermedades infecciosas suponen la primera causa de mortalidad en los países de baja renta, representando un 45% del total de fallecimientos.

Los centros para el control y prevención de enfermedades (CDC) han definido a los viajeros, inmigrantes y refugiados como una de las poblaciones dianas sobre las que actuar en la estrategia de prevención de las enfermedades infecciosas.

Aunque los inmigrantes pueden traer con ellos una gran variedad de patógenos tropicales, la posibilidad de su diseminación a la comunidad española es muy pequeña, debido a que en nuestro país no existen las condiciones climáticas y ambientales necesarias, faltan los hospederos intermediarios y los vectores apropiados.

En cambio, otras enfermedades de distribución mundial, pero prevalentes en los trópicos, como Tuberculosis, Hepatitis Virales, Infecciones de Transmisión Sexual y VIH sí lo son.

Las frecuencias de las distintas enfermedades infecciosas en inmigrantes difieren según la procedencia y donde se realice el estudio. López-Vélez, R y col (2007), por tal motivo describiremos en este apartado, las entidades nosológicas infecciosas en adultos inmigrantes que podremos comparar con las más relevantes de nuestra investigación.

12.1. La Tuberculosis.

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa que se transmite por vía aérea y es producida por un agente infeccioso denominado *Mycobacterium tuberculosis*. La localización más frecuente es la pulmonar, aunque puede afectar a otros órganos. La enfermedad activa sin tratamiento evoluciona hacia la muerte. Si el tratamiento es el adecuado se cura.

Según la OMS, un tercio de la población mundial está actualmente infectada por este microorganismo un 5-10% desarrollará la enfermedad en algún momento a lo largo de su vida.

La situación actual de la TB refleja las diferencias socio-económicas entre los países desarrollados en comparación con los más pobres.

En 2004, la procedencia de los inmigrantes con tuberculosis en la Unión europea y otros países occidentales fue: 38% de África, 28 % de otros países europeos, 16% de Asia y el 5% de América u Oceanía (Figura V.1):

Por grupos de edad y por sexo, la mayor incidencia se encuentra en los varones entre 15-34 años (Figura V.2).

En los Países Bajos, la incidencia de tuberculosis pulmonar entre los inmigrantes permanece elevada hasta una década después de su llegada, posiblemente debido a la reactivación de infecciones antiguas y a la infección transmitida tras la inmigración. (Vos Am, Meima A, Verver S, et al 2004) (Figura V.2).

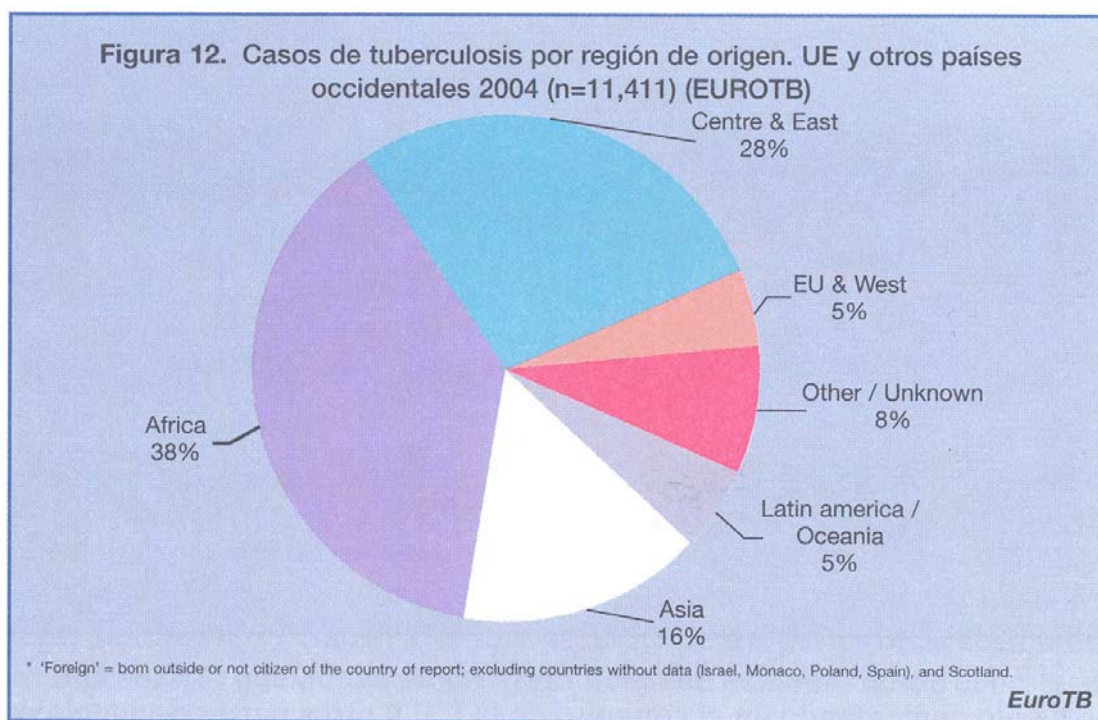


Figura V. 1. Procedencia de los inmigrantes con tuberculosis en la Unión Europea.

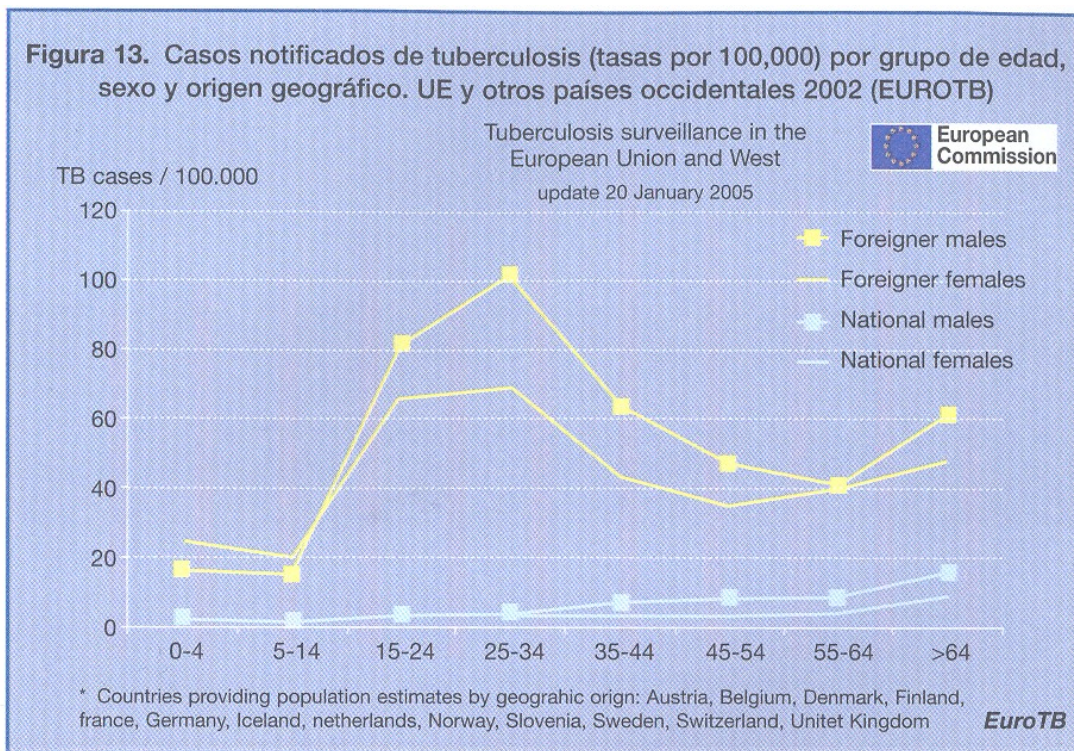


Figura V. 2.

En España, la incidencia de TB fue de 18 casos/100.000 habitantes en el año 2002, siguiendo la tendencia decreciente de los últimos años (Figura V.3). Fuente: Estudio de Inmigración y Salud Pública. Enfermedades Infecciosas Importadas. Ministerio de Sanidad y Consumo 2007.

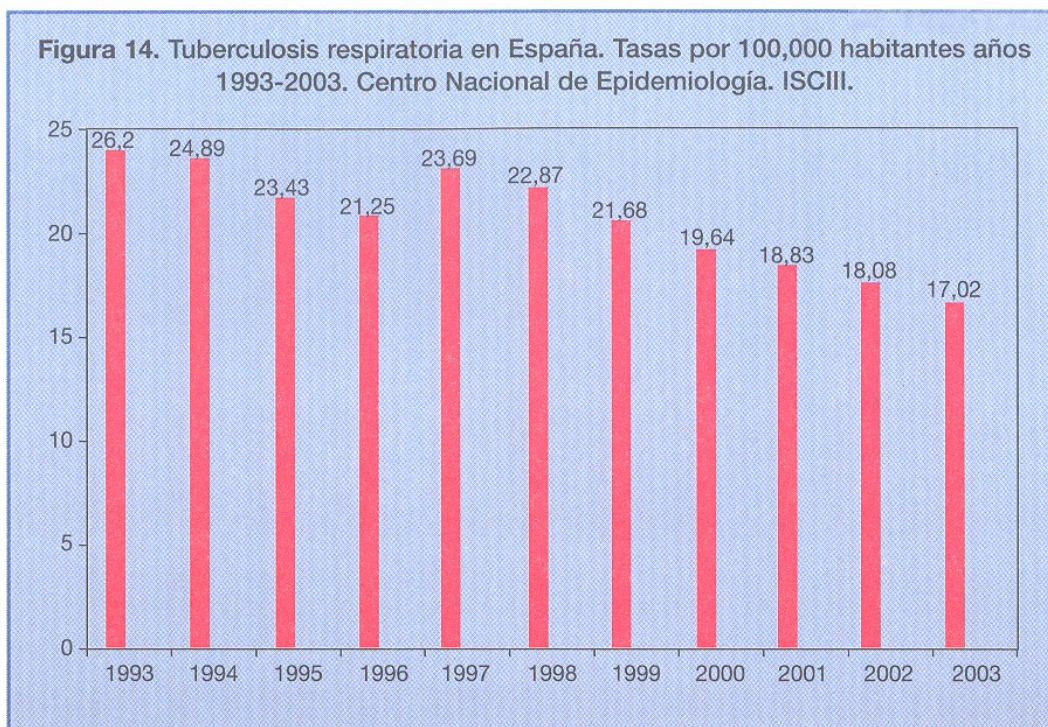


Figura V.3.

Fuente Figuras V.1., V.2 y V.3: Estudio de Inmigración y Salud Pública: Enfermedades Infecciosas Importadas. Ministerio de Sanidad y Consumo 2007. (Figuras 12, 13 y 14 respectivamente).

La tasa de PPD + ≥ 10 mm en adultos es del 43-45%, con cifras que llegan hasta el 73%, en africanos subsaharianos y marroquíes.

La frecuencia de tuberculosis activa es del 0,6-0,7% en estudios de cribaje en población inmigrante general, del 1,2-2% en estudios de cribaje de solicitantes de refugio y del 3,2-5,4% en estudios llevados a cabo en unidades de referencia. (Huerga H, & col 2000, Roca Saumell, C & col 1999).

La tuberculosis en inmigrantes se asume que corresponde a reactivaciones de infecciones latentes adquiridas en sus países de origen y se tiene poco en cuenta la posibilidad de transmisión reciente tras la llegada al país de acogida.

En la gran mayoría de los casos parece que se trata de reactivaciones de infecciones latentes adquiridas en sus países y que progresan a enfermedad tuberculosa activa en los primeros años tras su llegada.

En algunos grupos de inmigrantes mayores de 35 años la tasa de TB supera los 200 casos/100.000 habitantes, incluso 20 años después de su llegada al país de acogida. (Zuber PL et al 1997).

Un aspecto poco conocido de la TB en inmigrantes es su impacto sobre la transmisión de la enfermedad en la población autóctona y en las cadenas de transmisión.

La posible importación de cepas multirresistentes supondría un gran problema de salud pública y en este sentido convendría disponer de sistemas de detección y valoración de la transmisión de este tipo de cepas.

Para conocer si la TB es fundamentalmente una infección importada o adquirida en el país de acogida y para identificar las cadenas de transmisión se precisan estudios de epidemiología molecular.

Dos estudios, uno holandés y otro noruego, han comparado mediante técnicas de genética molecular las cepas de *M tuberculosis* aisladas en inmigrantes y en autóctonos, no encontrando similitud entre las mismas, lo que apunta a que la tuberculosis de los inmigrantes no influye en la epidemiología de la tuberculosis en la población autóctona. No obstante estos datos no son extrapolables a otras regiones. (Lillebaek, T et al 2001, Dahle UR et al 2001).

La epidemiología de la infección tuberculosa es compleja, parece que una buena parte de los casos de TB en inmigrantes son resultado de infecciones adquiridas en sus países de origen que se reactivan en el país de acogida, otra

parte está implicada en transmisiones recientes una vez en España y estas transmisiones no se restringen a colectivos de una misma nacionalidad, sino que implican a otras nacionalidades y a casos autóctonos, finalmente se han detectado casos de transmisión reciente en extranjeros causada por cepas autóctonas. (García de Viedma D, Chaves F, Iñigo J 2004).

La incidencia de tuberculosis en inmigrantes disminuye progresivamente con el tiempo, para aumentar en los de más edad en comparación con los jóvenes.

El período de mayor riesgo para padecer una tuberculosis en los inmigrantes son los cinco años posteriores a la llegada al país de destino.

En un estudio español se observó que el tiempo medio entre la llegada a nuestro país y el diagnóstico de tuberculosis fue de dos años. Las malas condiciones de vida en especial el hacinamiento y la falta de higiene en que viven muchos colectivos de inmigrantes contribuye a la reactivación de las infecciones latentes y a la transmisión de la TB entre ellos.

Por otra parte, la dificultad para acceder a los servicios de salud puede llevar a un retraso en el diagnóstico y tratamiento, aumentando el período de transmisibilidad sobre todo en los indocumentados.

La frecuencia de infección por el VIH en inmigrantes con tuberculosis coincide con la tasa de coinfección en la población mundial y es muy inferior a la tasa de VIH en los casos de tuberculosis en población española, lo que indica que, hoy día, la tuberculosis en inmigrantes es independiente de la infección por el VIH.

En España, la tasa de coinfección en inmigrantes es del 9% que se eleva al 12% en los africanos subsaharianos, mientras, que en la población general española es del 18%. (Huerga H & col 2000).

12.2. Infección tuberculosa latente.

Se conoce como infección tuberculosa latente (ITL) a la condición en la que el individuo está infectado por *Mycobacterium tuberculosis* pero no presenta la enfermedad en el momento actual. Estos ciudadanos corren el riesgo de progresar hacia la enfermedad tuberculosa.

Los estudios realizados en los años 50 y basados en seguimientos de pacientes durante 10 años, antes de la instauración del tratamiento de la infección tuberculosa latente, concluían que el riesgo a lo largo de toda la vida de desarrollo de enfermedad activa tras la infección es del 10%, la mitad durante los primeros años, con un descenso del 10% anual a partir de entonces.

Sin embargo, este riesgo sobreestima el de unos e infraestima el de otros ya que el riesgo varía según parámetros como la edad, el diámetro de la induración en la prueba de la tuberculina y la comorbilidad de base.

La probabilidad de que un inmigrante infectado desarrolle la enfermedad a lo largo de su vida se ha estimado en un 2-3%. Se necesita una valoración más precisa del riesgo de reactivación a lo largo de toda la vida para identificar a los pacientes más vulnerables e invertir más esfuerzo en estos grupos para conseguir una buena adherencia al tratamiento.

En este sentido una revisión de los estudios prospectivos americanos desde 1949 hasta 2003 ha recalculado el riesgo de desarrollo de enfermedad en personas infectadas considerando los parámetros anteriormente citados y ha demostrado que el riesgo de los inmigrantes es muy similar a los conversores recientes estimándose en un 10-20%. (Horsburgh, CR 2004).

Cuando un caso índice de tuberculosis pulmonar acude a consulta médica, un 30-40% de los identificados como contactos estrechos o íntimos ya presentan evidencia de infección tuberculosa latente. La mayor tasa de infección se encuentra entre los contactos de pacientes con esputos positivos, es decir con presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes.

Las lesiones pulmonares cavitadas son las que más frecuentemente resultan en esputos positivos y además son las que más tos inducen, otro factor determinante de la transmisibilidad.

Así la tríada: cavitación pulmonar, esputo positivo y frecuencia de tos resulta en un mayor potencial de transmisibilidad. Los pacientes con esputos negativos también pueden transmitir la enfermedad, pero en menor medida. Se estima que un 17% de la transmisión de TB proviene de pacientes con TB pulmonar con esputos negativos. (Taylor Z et al 2005).

En principio, todos los contactos con reacción de tuberculina positiva son tributarios de tratamiento, independientemente de la edad, siendo criterios de exclusión el alcoholismo activo, las hepatopatías activas y un tratamiento previo. La detección de la infección tuberculosa latente se realiza mediante dos técnicas: radiografías de tórax y test de tuberculina (PPD). (Rieder HL et al 1994, Schwartzman K et al 2000).

12.3. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Estimaciones de la OMS calculan que al año se producen más de 340 millones de nuevos casos de ITS curables en el mundo (sífilis, gonorrea, infección por *Chlamydia trachomatis* y tricomoniasis). Las regiones con mayor

número de casos son: Asia (173 millones), África Subsahariana (65 millones) y América Latina (36 millones).

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Virus de la Hepatitis B (VHB) y el Virus de la Hepatitis C (VHC), se transmiten por vía sexual.

Diversos estudios han demostrado una fuerte asociación entre las infecciones de transmisión sexual ulcerosas y no ulcerosas y la infección por VIH. La presencia de una ITS aumenta la transmisión del VIH y el tratamiento de las ITS reduce la transmisión del VIH. (Sangani P et al 2004).

En España se produjo un descenso mantenido de las ITS desde mediados de los años ochenta hasta 2001. En los últimos años se ha invertido esta tendencia, aumentando la incidencia de gonococia y sífilis.

Otras ITS frecuentemente descritas en inmigrantes son las uretritis no específicas en el varón y las vaginitis no específicas en la mujer. En un estudio italiano, éstas junto a la sífilis y el VIH, fueron las infecciones más diagnosticadas, habiéndose adquirido la infección en Italia en el 69% de los casos. (Suligoi B et al 1997).

Las tasas de ITS en inmigrantes son variables y no está claro que estos tengan mayor frecuencia que la población general, ya que otros factores ajenos al origen pueden aumentar el riesgo. Las ITS son más frecuentes en los barrios pobres, en los centros de las ciudades y en las minorías étnicas americanas y europeas. (Fenton KA 2001).

En Suecia el 40% de los casos de gonorrea ocurren en inmigrantes. (Christenson B, Stillstrom J 1995).

Es importante instaurar un programa de educación sexual y de prevención de enfermedades venéreas que incluya el VIH, en el colectivo de inmigrantes jóvenes recién llegados; en varones que ante una situación personal de soledad sexual donde resulta difícil entablar relaciones y ante un desconocimiento del ambiente, puedan buscar los servicios de mujeres infectadas por ITS y VIH y en las mujeres, que ante una penuria económica pueden verse impulsadas a la prostitución como método de supervivencia.

12.4. Epidemiología del VIH.

El número total de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha alcanzado su nivel más alto: se estima que 40.3 millones de personas viven en la actualidad con el virus y cerca de 5 millones lo contrajeron en 2005.

La infección por VIH es un grave problema a nivel mundial, pero las mayores tasas de infección se concentran en los países menos desarrollados.

África subsahariana sigue siendo la región más castigada, con 25,8 millones de personas que viven con el VIH, casi 11 millones más que 2003.

Las dos terceras partes del total de personas que viven con el VIH están en África subsahariana, así como el 77 % del total de mujeres VIH positivas (ONUSIDA 2005).

La proporción de inmigrantes entre las personas diagnosticadas de VIH en cuatro comunidades autónomas (Canarias, Cataluña, Navarra y País Vasco) aumentó desde un 25 % en 2001 hasta un 37% en 2004. No obstante, el número de nuevos diagnósticos de VIH en personas de otros países apenas cambió entre 2001 y 2004, y siempre por debajo de la población autóctona, a pesar de que en este período prácticamente se duplicó la población de extranjeros en España. (Vigilancia epidemiológica del VIH en España 2005).

Las tasas globales de infección por VIH en inmigrantes sin que pertenezcan a grupos de riesgo varían en los distintos países europeos.

En Francia, los inmigrantes representan el 32% de las nuevas infecciones. Bouchaud O, Cherabi K (2006). La incidencia es mayor en los inmigrantes del África Subsahariana, lo que en definitiva refleja la epidemiología global del VIH en el mundo.

Según los CDC, en EEUU, la tasa de seropositividad en inmigrantes africanos 67/100.000 e hispanos 28/100.000 es 8-9 y 3-4 veces mayor, respectivamente, que en la población autóctona 8/100.000.

En Alemania, el 14% de todos los VIH recientes se detectan en población inmigrante. El porcentaje de casos de SIDA registrados correspondientes a africanos subsaharianos es del 5-10% en Portugal, Reino Unido y Francia.

Desde el punto de vista epidemiológico, podríamos concluir que los inmigrantes procedentes de países con una elevada prevalencia de VIH, especialmente de África Subsahariana, soportan un carga desproporcionada y creciente de infección por VIH en Europa Occidental, que en la mayoría de las veces es adquirida por vía heterosexual y que la transmisión en Europa es baja y afecta sobre todo a las mujeres. (Del Amo, J et al 2004).

La infección por el VIH no se limita al círculo de inmigrantes. En Holanda inmigrantes de sexo masculino refirieron que casi la mitad de sus parejas pertenecían a otros grupos étnicos. Además, al visitar su país de origen, los inmigrantes especialmente los hombres suelen tener relaciones sexuales con la población local. (Fenton, KA et al 2001, Gras, MJ et al 1999).

En los inmigrantes atendidos en la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Ramón y Cajal, la frecuencia de diagnósticos de positividad del VIH fue del 6,5% en los procedentes de África Subsahariana y del 3,5% en los de Latinoamérica.

Los condicionantes de género determinan que se invisibilicen los efectos que tiene que ver con la actividad sexual de las mujeres como es el caso de la exposición a la transmisión heterosexual del VIH. Además las mujeres tienen dificultades para percibir su propia vulnerabilidad ante las infecciones de transmisión sexual y el VIH (Velasco, S 2001).

Desde el inicio de la epidemia se han notificado en España 2009 casos acumulados de SIDA en personas con otros países de origen, lo que supone tan sólo el 2,9% del total de casos. La procedencia más frecuente fue Latinoamérica 27%, seguida por África subsahariana 22% y Europa Occidental 21%. (López-Vélez, R y col 2007).

CAPÍTULO VI. IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ORAL EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

13. Orígenes de nuestra lengua materna. El español.

Nuestra lengua materna es la primera que nos ayuda a situarnos en el mundo. Incluso si conocemos, hablamos y amamos otras lenguas de otros pueblos este legado materno es algo único e insustituible. (Smith Jones, M 2005).

El hombre desde sus orígenes intentó comunicarse a través del lenguaje no verbal con el propósito de facilitar información sobre sus ideas, sentimientos; con los gestos, la manera de moverse, la distancia que guarda en relación con los objetos, los silencios, se expresa muchísima información que no debemos desaprovechar los profesionales sanitarios. En nuestro trabajo investigativo, teniendo en cuenta que la mayoría de la población está compuesta por menores que no hablan el castellano, debemos complementar la información verbal que nos aporta la mediadora cultural con el lenguaje “no verbal”, por tal motivo decidimos escribir este capítulo sobre la comunicación en la relación médico-paciente.

13.1. Castellano o Español.

Las dos denominaciones, castellano y español son válidas. La preferencia de cada hablante por uno de los dos términos se funda en una tradición arraigada de siglos, y es ingenuo pretender desalojar del uso a cualquiera de ellos.

Cada persona puede emplear el que guste; pero debe respetar el derecho a que algunos prefieran el otro término. En todo caso, téngase en cuenta que, en general la denominación de español es más exacta que la de castellano. (Seco, M 1998).

El Diccionario de la Real Academia Española (DRAE 2001) establece: Español, para designar la lengua común de España y de muchas naciones de América, y que también se habla como propia en otras partes del mundo, son válidos los términos castellano y español.

La larga polémica sobre cuál de estas denominaciones resulta más apropiada está hoy superada. El término español resulta recomendable por carecer de ambigüedad, ya que se refiere de modo unívoco al tercer idioma, en el que se comunican hoy más de cuatrocientos sesenta millones de personas, es la lengua con mayor número de hablantes en el mundo, muy difundida e importante entre las romances así como la más estudiada por anglohablantes.

Aun siendo también sinónimo de español, resulta preferible reservar el término castellano para referirse al dialecto románico nacido en el Reino de Castilla durante la Edad Media, o al dialecto del español que se habla actualmente en esta región peninsular. En España, se usa asimismo el nombre castellano cuando se alude a la lengua común del Estado en relación con las otras lenguas cooficiales en sus respectivos territorios autónomos, como el catalán, el gallego o el euskera.

A partir de los Reyes Católicos, el castellano se convirtió en la lengua del Imperio. Desde el siglo XVIII, el término castellano se va sustituyendo por el de español. Cuando se redactó la Constitución de 1978, la discusión se centró en tres posturas distintas, basadas las tres en un acuerdo general: que haya una lengua oficial y ésta sea la lengua común de españoles e hispanoamericanos.

En cuanto al nombre que se le debe dar a esa lengua oficial y común de españoles e hispanoamericanos:

a) Un sector tradicional abogó por el uso exclusivo de español, argumentando que el español actual no es sólo el castellano ya que el dialecto de Castilla fue enriquecido por aportaciones de otras hablas españolas y americanas. Lapesa, R (1986) dice que “el nombre de lengua española, más empleado en la Edad Media con antonomasia demasiado exclusivista, tiene desde el siglo XVI absoluta justificación y se sobrepone al de lengua castellana”.

b) La Real Academia Española y la de la Historia eran partidarias de la sinonimia y se inclinaban por el uso de castellano cuando nos referimos a la situación interna, donde hay otras lenguas españolas, mientras que español sería el término hacia afuera, hacia el resto del mundo.

c) La postura que triunfaría fue la apoyada por los organismos lingüísticos oficiales de las regiones bilingües, es la de uso exclusivo de castellano, argumentando que las otras lenguas son tan españolas como el castellano, y no hay razón para aplicar ese adjetivo con exclusividad a una de ellas, convirtiéndolo en su nombre oficial. El argumento contra la sinonimia era que el aplicar español a castellano favorecía el separatismo.

«En las regiones de España con lengua materna propia, el nombre de castellano parece más adecuado que el de español, porque el catalán, el gallego y el vascuence son también lenguas españolas (aunque no son la lengua española, el español).» Seco, M (1998).

Es ahí donde radica la confusión: las lenguas de Galicia, País Vasco y Cataluña, son lenguas españolas sin más, aunque no son la lengua española, ni se hablan en todo el territorio nacional español.

Existen bastantes razones que apoyan actitudes a favor de una pura y oportuna sinonimia. Somos muchos los españoles que no llamaríamos español al castellano si pensáramos causar con ello la más leve ofensa a las otras lenguas o sus hablantes, y los que apoyamos cualquier posibilidad de desarrollo de las otras lenguas, así como protestamos, en su momento, de las restricciones a las que se vieron sometidas.

Lo que sucede es que, desde el punto de vista del observador del idioma, no cabe duda de que, en la mayor parte de su dominio lingüístico, castellano y español se usan alternativamente, como sinónimos perfectos, sin otras implicaciones.

La situación política tiene evidentes repercusiones en la lingüística: al unirse Galicia y León el centro se desplaza hacia el Este, el gallego queda aislado y prosigue su vida hasta hoy. Cuando León se une a Castilla es la segunda la que impone su lengua, quedando marginado el leonés.

La unión de Aragón y Cataluña beneficia al catalán, pero lo que acarrea la progresiva pérdida del aragonés es la unión con Castilla. Cataluña, en cambio, alejada de Castilla por la política de división de los reinos y por la distancia (Aragón mediante) puede conservar su lengua y su cultura.

La designación de la lengua tiene su importancia: las regiones extremas, que conservan sus propias lenguas, tan españolas como el castellano, prefieren que “vasco”, “gallego” o “catalán” se contrapongan a “castellano” y utilizan menos “español” como equivalente de “castellano”.

Las otras regiones, en cambio, que no tienen una lengua autóctona distinta de la de Castilla (descontados los focos reducidos de astur-leonés y aragonés), consideran la lengua de Castilla tan suya como de los castellanos, y prefieren utilizar “español” para designar la lengua común, mientras que ven en “castellano” una señal de predominio de una región, en materia lingüística, cuando la lengua es sentida como propiedad de todos. (Marcos Marín, F. 2001).

13.2. Historia de la Lengua Española.

La historia del idioma español comienza con el latín que impuso la colonización romana en el Siglo III a.c. y que era la lengua hablada en todas las regiones de Hispania con excepción del país vasco. Tras la caída del Imperio Romano en el siglo V y la consciente división del imperio en reinos independientes, la influencia del latín culto en la gente fue disminuyendo y el latín vulgar hablado empezó un proceso evolutivo y comenzó a diferenciarse en diversas regiones. Este “bajo latín”, que no fue más que una forma degenerada del latín clásico se acrecentó con vocablos germanos y visigóticos, fue el fermento de las variedades romances hispánicas, entre ellas el castellano, origen a su vez (al menos en la mayor proporción) de las variedades que constituyen la lengua española.

En el siglo VIII, la invasión musulmana de la península Ibérica hace que se formen dos zonas bien diferenciadas: en Al-Ándalus, se hablarán los dialectos romances englobados con el término mozárabe, además de las lenguas de la minoría alóctona (árabe y bereber), mientras que en la zona en que se forman los reinos cristianos, desde pocos años después del inicio de la dominación musulmana, comenzará una evolución divergente, en la que surgen varias modalidades romances: la catalana, la aragonesa, la asturiano-leonesa y la gallega, además de la castellana.

El dialecto castellano primigenio se originó en el condado medieval de Castilla (oriente de Cantabria y norte de Burgos), con influencias vascas y árabes, y se expandió al sur de la península gracias a la Reconquista. En el siglo XV, Antonio de Nebrija publica en Salamanca su *Grammatica*, el primer tratado de gramática de la lengua castellana, y también primero de una lengua vulgar europea. Los textos más antiguos que se conocen en castellano son las Glosas Emilianenses, que se conservan en el Monasterio de Yuso, en San Millán de la Cogolla (La Rioja) y la primera obra de extensión que se conoce en la “lengua vulgar” con fines literarios es “EL CANTAR DEL MIO CID” compuesta en castellano. El cultivo definitivo del castellano como lengua escrita se inicia en el Siglo XIII durante el reinado de Fernando III que oficializó el castellano en lugar del latín.

Lengua, es el sistema lingüístico organizado con una estructura comunicativa, empleado por una comunidad sociolingüística, haciendo la matización de que no siempre coinciden la comunidad lingüística y la comunidad político-social, es decir que el dominio geográfico de una lengua no coincida con la extensión territorial independiente de un poder político o Estado.

En España la lengua española es el idioma oficial del Estado pero hay otras lenguas peninsulares, (catalán, euskera, gallego, que son cooficiales en sus comunidades autónomas).

Dialecto: el Diccionario de la R.A.E. de la Lengua da tres definiciones:

Sistema lingüístico considerado con relación al grupo de los varios derivados de un tronco común. El español es uno de los dialectos nacidos del latín.

Sistema lingüístico derivado de otro, normalmente con una concreta limitación geográfica, pero sin diferenciación suficiente frente a otros de origen común.

Estructura lingüística, simultánea a otra, que no alcanza la categoría social de lengua.

Es por tanto imprescindible al acercarnos al análisis, sistematización y conceptualización de la lengua y de los dialectos, tener claro que la única Ciencia que debe tratarlo es la Lingüística y sus especialidades: Fonología, Sintaxis, Gramática, Semántica, y Lexicología.

Algunos estudiosos, suponen que un dialecto es “una variedad de una lengua usada por personas de un área geográfica particular”, esto es “un sistema completo de comunicación verbal (oral o de signos, pero no necesariamente escrita) con su propio vocabulario y gramática.

Los historiadores de las lenguas piensan que todos los idiomas son dialectos de formas de comunicación anteriores de las que se desarrollaron. Siguiendo este punto de vista, los idiomas romances modernos serían dialectos del latín, el griego moderno del griego antiguo y el Tok Pisin del inglés. Esta idea se basa en la “inteligibilidad” de los distintos idiomas, esto es, en el grado de comprensión mutua entre los idiomas, pero en el caso de las lenguas romances, vemos que el italiano y el español tienen un alto grado de comprensión mutua, que ninguno de los dos comparte con el francés.

En su interesante trabajo Censabella, M (1999) dice que: Para la lingüística un dialecto no es una versión reducida o menor de una lengua, es sólo una de las tantas formas que puede tomar una lengua.

Como el término dialecto se ha utilizado con sentido peyorativo, ciertos lingüistas prefieren hablar de “variedad”. En mi análisis, afiliándome a dicha

autora, usaré los términos dialecto y variedad como sinónimos, pero con una preferencia personal por “variedad”.

Los estudios realizados hasta la fecha nos indican que el protolenguaje se originó hace más de 6000 años, y que en la actualidad la mayoría de la población mundial habla lenguas derivadas del Indoeuropeo, cuyo centro de origen estuvo en torno al Cáucaso, entre la zona oriental de Anatolia hasta el mar Caspio, desplegando posteriormente lenguas migratorias por todo el orbe conocido.

De la lengua Indoeuropea derivan las Célticas, Germánicas, Báltica, Eslavas, y la Itálica. De la familia de la Itálica proceden entre otras el Rumano, el Italiano, el Francés, Portugués, el Catalán, el Gallego y el Castellano.

Si tenemos en cuenta todo lo analizado previamente podemos proferir, que el español que se habla en los países de Iberoamérica para algunos lingüistas no se considera una variedad del español, sino que es “el Español”.

Los estudios de las variedades del español en países tales como Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, EEUU, Guatemala, México, Paraguay, Perú, Venezuela y Uruguay han omitido la influencia de las lenguas amerindias, del portugués y del inglés en el español regional, este contacto lingüístico ha provocado cambios en el español hablado en Hispanoamérica de ahí que cualquier elemento puede ser incorporado a otra lengua en una situación de contacto intenso. (Thomason, S.G 2001).

Para algunos investigadores, el préstamo gramatical -entiéndase por ello la incorporación de elementos fundamentalmente léxicos de una lengua a otra, de la lengua segunda a la materna- es difícil entre las lenguas, y si se diera, estaría condicionado estructural y tipológicamente.

Así los casos de adopción de patrones morfosintácticos de una a otra lengua serían el resultado de procesos de interferencia –cuando el hablante utiliza esquemas de su propia lengua para hablar una segunda–.

En la investigación: Procesos de cambio lingüístico en situaciones de contacto, que realiza Azucena Palacios, catedrática de la Universidad Autónoma de Madrid, ha podido comprobar que existe una frontera lingüística relativamente importante entre los alumnos ecuatorianos y los madrileños, lo ejemplifica cuando un niño ecuatoriano le dice a un español, “dame pasando la carpeta” en vez de “pásame la carpeta”, este no lo entenderá, tampoco si llaman al ordenador, “computadora”. Para la investigadora no se trata de hablar bien o mal o de que una forma de expresión sea correcta o no, sólo son distintas pero

igualmente válidas, al igual que ocurre con la influencia de otras lenguas en ciertas variedades del español americano no es desdeñable. (Palacios Alcaine A, y col 2008).

13.3. Consideraciones sobre el bilingüismo en inmigrantes.

Para muchos inmigrantes e hijos de inmigrantes, la lengua de instrucción, nueva lengua que han de aprender los niños y jóvenes inmigrantes cuando llegan al país de acogida en las escuelas e instituciones educacionales, a menudo es diferente de la que se habla en sus casas. Estos niños necesitan apoyo adicional para dominar la lengua de instrucción, que es un elemento clave para el éxito escolar. Existen distintos enfoques que pueden ayudar a los estudiantes en el aprendizaje de su segunda lengua. Empezamos por examinar las pruebas sobre el rendimiento escolar y cómo la falta de competencia en la lengua de instrucción afecta a los resultados de los niños inmigrantes.

Datos internacionales muestran, que los estudiantes inmigrantes que no hablan el idioma de instrucción en el hogar, presentan un año de retraso en relación a los estudiantes no migrantes. Esta diferencia en los resultados del nivel de instrucción, hace que sea difícil para ellos acceder con éxito al mercado laboral.

El trabajo sobre las políticas lingüísticas y de buenas prácticas para ayudar a los inmigrantes y a sus hijos, se basa en los resultados de una encuesta sobre políticas y buenas prácticas en 14 países de acogida de inmigrantes.

Los resultados del estudio proporcionan una visión sobre los criterios que pueden ayudar a los estudiantes inmigrantes a adquirir el dominio del idioma de instrucción (Stanat, P and Gayle, Ch 2007).

Debido a la escasa investigación en este ámbito, no es posible presentar un conjunto de buenas prácticas probadas sobre el terreno. En lugar de ello se proporcionan algunas recomendaciones basadas en los países donde sólo hay pequeñas diferencias en el logro del aprendizaje de una segunda lengua. Esto requiere inversiones a largo plazo en los programas de apoyo lingüístico, fundamentalmente en países que carecen de ello, además es necesario la formación de profesionales en una segunda lengua.

Diferencias en los resultados educativos.

Los niños que no hablan, leen, ni escriben el idioma de instrucción para el nivel de sus iguales, rinden menos en la escuela (OECD 2001).

Una de las mejores fuentes para conocer estas diferencias es la valoración sobre el Programa para Estudiantes Internacionales, o estudio PISA, llevadas a cabo bajo los auspicios de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. Más de 40 países participaron en la evaluación PISA 2003, incluidos 17 países con el suficiente número de estudiantes inmigrantes para realizar los análisis significativos en estos grupos. Los países participantes y las entidades regionales fueron Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Francia, Alemania, Luxemburgo, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Suecia, Suiza, EE.UU, Hong Kong-China, Macao de China y la Federación Rusa. (OECD 2004).

Los resultados de PISA confirman la importancia de aprender el idioma de instrucción para el éxito académico. Si consideramos la media de los países de la OCDE, los estudiantes inmigrantes que hablan el idioma de instrucción en el hogar están retrasados en matemáticas un semestre en relación con sus compañeros no inmigrantes.

Los inmigrantes que no hablan el idioma de instrucción en el hogar, tienen un retardo de al menos un año. Stanat, P and Gayle, Ch (2006). En otras palabras, se estima que más de medio curso separan a los estudiantes inmigrantes que hablan de los que no hablan el lenguaje de instrucción en casa. No es de extrañar por tanto que se encuentren en una mayor desventaja cuando se trata de la lectura.

Sólo dos países en el estudio PISA no mostró diferencias significativas entre el desempeño de los estudiantes no migrantes de los inmigrantes que no hablan el idioma de instrucción en el hogar. Australia y Canadá. Parte de la razón de esto es por la selectiva política de inmigración en estos países. En todos los demás países, los estudiantes inmigrantes que no hablan el idioma de instrucción en casa, se enfrentan a una importante desventaja en la escuela. Estas grandes diferencias de rendimiento sugieren que los estudiantes tienen pocas oportunidades de aprender la lengua de instrucción. Tomar medidas de apoyo, e invertir en idiomas puede llegar a reducir las desventajas en el nivel de rendimiento escolar de los estudiantes inmigrantes. Si ellos no reciben el soporte adecuado para aprender el idioma, su integración en términos de rendimiento escolar, logros educativos y el futuro éxito en el mercado laboral, se verá obstaculizado.

El papel del apoyo lingüístico bilingüe.

Las numerosas formas de apoyo lingüístico necesario han de ser examinados para proporcionar una mejor orientación política, pero antes debemos considerar: si la investigación se ha centrado en aceptar la enseñanza

de ambos; el lenguaje utilizado en el hogar y el idioma de instrucción que es el que mejor sirve a los niños.

Tradicionalmente, la hipótesis de interdependencia imperante en la investigación clásica, mantiene la eficacia del lenguaje. (Cummins, J 1979).

Esta hipótesis sugiere que los estudiantes serán capaces de dominar un segundo idioma si ya disponen de un buen dominio de su lengua materna. Aunque pocas personas hoy mantienen la estricta versión de esta hipótesis, la teoría de que el dominio de la primera lengua es un requisito previo crucial para la adquisición de la lengua de instrucción está muy extendida. Sin embargo, el apoyo empírico de esta hipótesis es débil.

Varios estudios han explorado la eficacia de programas bilingües (en su mayoría programas bilingües de transición). La evidencia es ambigua y el tema de considerable controversia. (Rossell, C.H and Baker, K 1996, Slavin, R.E. and Cheung, A 2005, Willig, A.C 1985).

Estudios recientes sugieren que los programas bilingües tienden a ser más eficaces que los enfoques monolingües. Sin embargo, muy pocas de estas investigaciones examinan los programas de idiomas para más de un año. Más importante aún, la calidad de la mayoría de las evaluaciones es muy mala. (Limbird, C and Stanat, P 2005).

En la mayoría de los análisis, el contenido y la calidad del “inglés” que reciben los estudiantes de los grupos controles no se han especificado, por lo que se hace difícil interpretar los beneficios de los estudios bilingües abordados. Ayudar a los estudiantes a mantener y desarrollar su bilingüismo puede ser lo más coherente y apropiado para ellos. (Portes, A and Hao, L 2004).

La capacidad de comunicarse en más de un idioma muestra una valiosa habilidad. Para algunos estudiantes, el bilingüismo puede abrir nuevas oportunidades para su educación y desarrollo profesional, aumentaría sus posibilidades en el mercado de trabajo, aunque las pruebas que apoyan esta hipótesis están poco claras. (Pendakur, K and Pendakur R 2002).

Manteniendo su lengua materna, los estudiantes ayudan a preservar e intensificar sus vínculos sociales con los miembros de la comunidad de inmigrantes y con los residentes en el país de origen. (Bankston, C and Zhou, M 1995).

Una forma de hacerlo es mediante la oferta de clases de idiomas para ayudar a los estudiantes inmigrantes a mantener su idioma nativo. En general, no está claro si los enfoques bilingües son más efectivos que los monolingües para ayudar a los niños inmigrantes en el dominio de la lengua de instrucción. Es necesario determinar si los niños pueden desarrollar capacidades cuando reciben programas de apoyo para aprender el idioma de instrucción.

Los datos disponibles sugieren que la transición de programas bilingües no parecen obstaculizar la enseñanza de una segunda lengua. Los estudiantes no tienen un precio mejor en proyectos monolingües. En resumen los dos enfoques mono y bilingües constituyen principios políticos fundamentales de apoyo para abordar el lenguaje. Sin embargo, los países pueden elegir fomentar el bilingüismo como una manera de fortalecer el capital humano y social dentro del país.

La Constitución Española (1998) en su artículo 3 consagra la diversidad lingüística de los españoles aludiendo que *“la riqueza de las distintas modalidades lingüísticas de España es un patrimonio cultural que será objeto de especial respeto y protección”*.

Este documento, aunque declara que el castellano es la lengua oficial de la nación, también señala que las “otras lenguas españolas” serán oficiales en sus respectivas comunidades autónomas, tal y como lo determinan sus estatutos.

Seis de estas comunidades: Cataluña, Islas Baleares, Valencia, Galicia, El País Vasco y Navarra, tienen otra lengua que comparte la condición de oficial con el castellano, y la población combinada de estos territorios supone algo más del 40% de la población total de España.

Los estatutos autonómicos de las diversas comunidades que tienen su propia lengua coinciden generalmente en prohibir la discriminación lingüística y en reconocer los derechos de sus miembros a conocer y utilizar la lengua de la comunidad, aunque la Constitución obliga a los españoles a conocer el castellano y garantiza su derecho a utilizarlo.

Las comunidades con lengua propia han aprobado leyes encaminadas a promover y defender el uso de estas lenguas y a fomentar su utilización en los medios de comunicación especialmente la radio y la televisión, así como en trabajos publicados, el teatro y el cine.

Los niños tienen derecho a recibir la Educación Primaria en su lengua materna y la enseñanza de la lengua de cada comunidad autónoma es obligatoria

en todos los niveles de la Educación Primaria y Secundaria con el fin de que al final de su escolarización los niños dominen tanto el castellano como la otra lengua oficial de la comunidad.

Esta claro, que para los españoles que oyen y hablan el pluralismo lingüístico y cultural es una realidad hoy en día y se asume que la “indisoluble unidad de España” no implica necesariamente homogeneidad lingüística. (Plann, S 2004).

14. La Foniatría en España.

14.1. Conceptos y Consideraciones.

Foniatría. Es la rama de la Medicina que se ocupa del estudio y atención de la etiología, patogenia, sintomatología, evolución, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y profilaxis de los trastornos de la comunicación oral (Lenguaje, Habla y Voz).

En el escenario internacional los orígenes de esta especialidad se remontan a mediados del Siglo XVI, fue el monje benedictino español Fray Ponce de León quien llamó mucho la atención y despertó la admiración pública porque fundó y dirigió la primera escuela de enseñanza oral en el mundo para sordomudos. (Plann, S 2004).

La palabra Foniatría está constituida por dos términos de raíz griega: “fonus”, que significa sonido, refiriéndose al sonido de la voz y “tría” que quiere decir atención o tratamiento. Perelló, J Et al (1975) la define como “una especialidad en el extremo final de las divisiones analíticas del conocimiento que depende y se relaciona sorprendentemente con la totalidad del organismo humano, realizando así las deseadas unidad y síntesis de la Medicina”.

Por su amplio radio de acción se relaciona con varias especialidades médicas en primer lugar con la Pediatría, Psiquiatría, Neurología, Otorrinolaringología, Odontología (Ortodoncia y Máxilo-Facial) Oncología y la Fisiatría.

Entre las disciplinas científicas fuera de la Medicina podemos citar a la Psicología, la Física (especialmente la acústica), Enseñanza Especial, Lingüística (Fonética, Fonología y la Psicolingüística), la Teoría de la Comunicación, la Oratoria y la Filosofía. (Prada Belver, F 1986).

Para intentar explicar los tres niveles de la Comunicación Oral, es necesario definir brevemente algunos conceptos:

Lenguaje: es aquella capacidad superior, exclusiva del hombre, que le permite a éste abstraer y generalizar los fenómenos de la naturaleza y designarlos mediante signos convencionales, es una función psíquica.

Habla: por el contrario, es una función material dada por los movimientos de los órganos fonoarticulatorios y respiratorios, que transforman las ideas en palabras y que por tanto sirve de vehículo al lenguaje.

Voz: emisión del sonido laríngeo y por consiguiente una función igualmente material, con sus atributos de: timbre, tono, intensidad, es el fondo musical de las palabras. (Prada Belver, F 1986a).

Entre los trastornos del lenguaje se pueden citar fundamentalmente los llamados síndromes de desintegración, representados por las afasias y disfasias. Prada Belver, F (1987), estos ocurren secundarios a lesiones cerebrales específicas tales como: los accidentes vasculares que se producen en el curso de una hipertensión arterial, algunos tipos de tumores, trastornos de la coagulación, traumatismos cráneo-encefálicos, enfermedades infecto-contagiosas tales como las meningitis, abscesos cerebrales, complicaciones quirúrgicas, etcétera.

Los denominados síndromes de disintegración, están constituidos por los retrasos del lenguaje y el habla, debido a las dificultades en la formación de las redes neurofuncionales (como puede ocurrir en los traumatismos obstétricos, en la hipoxia perinatal, hiperbilirrubinemia, enfermedades genéticas, infecciones) cuyo complejo engranaje integra finalmente la expresión lingüística. (Prada Belver, F 1987a).

En relación a las alteraciones del habla merecen mencionarse los trastornos de la fluidez conocidos como: Espasmodia Funcional Definida o Tartamudez y el Tartaleo. Prada Belver, F (1989), llegando la primera a “afectar” el desarrollo integral de la personalidad en los sujetos, si no reciben el apoyo especializado desde sus inicios.

En relación al Tartaleo podemos comentar por nuestra experiencia y por investigaciones realizadas previamente, que los “niños” con trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) son tartaleadores. Resulta por tanto imprescindible, conocer y establecer un juicio diagnóstico exacto, sobre estas dos entidades nosológicas descritas.

Otro de los trastornos más frecuentes en el habla, son los referidos a la articulación, estos pueden ser funcionales (dislalias) u orgánicos (anartrias y/o disartrias) que han de ser detectados y tratados por los Logofoniatras y Logopedas.

Merece especial atención la correlación del Foniatra con el Ortodoncista en el tratamiento de las dislalias orgánicas y funcionales. (Prada Belver, F 1990, 1994).

En el terreno de las afecciones de la voz, se destacan las afonías y disfonías funcionales y orgánicas, los trastornos de la muda de la voz en la pubertad, así como las anormalidades en la resonancia de la voz. (Prada Belver, F 1988, 1988a).

14.2. Relevancia del lenguaje “no verbal”.

Los menores inmigrantes que acuden a nuestro Centro de 1ª Acogida de Protección, la gran mayoría no hablan el idioma español, conocen sólo algunas palabras, sin embargo es a través de los “gestos” como hemos logrado comunicarnos antes de la incorporación de la mediadora cultural.

El lenguaje “no verbal” aparece a través de un comportamiento determinado que transmite significados sin palabras.

Este tipo de comunicación sirve de complemento al lenguaje verbal, aunque puede servir en otros momentos como información en sí misma.

Los diferentes canales a través de los cuales se transmite la información “no verbal” son: la expresión facial, los gestos, los movimientos corporales entre los más estudiados los de las manos, la cabeza, la marcha y las posturas. (Poyatos, F 1995).

Por tal motivo es imprescindible en el momento de establecer una entrevista, tener todos estos aspectos en la mente, para que el entrevistador pueda extraer toda la información posible.

En relación al *habla* podemos destacar que las pausas y los titubeos muestran inseguridad; la entonación con que se expresa algo puede cambiar todo su sentido, mediante ella se transmite burla e ironía. De ahí que algunos autores señalen que las palabras engañan fácilmente.

Cada persona tiene unos atributos únicos en su voz, ellos son: intensidad, timbre y tono. La voz no engaña nunca; por ello cuando se tocan temas que afectan a los sentimientos como puede ser por ejemplo: hablar de la familia o de una persona querida se quiebra la voz y aparecen “agudos” que expresan sentimientos auténticos.

La “grandeza” de un comunicador radica en lograr (durante el transcurso de su alocución) motivar al escuchante, brindarle sentimientos de apoyo, persuadirlo, transmitirle confianza con su voz, gestos y palabras, sólo el hombre en su proceso evolutivo ha ido madurando y desarrollando esta capacidad co-decodificadora, gracias al desarrollo del lóbulo frontal que junto a las transformaciones del resto de las zonas cerebrales, nos ha permitido desarrollar un sistema funcional complejo como el lenguaje, denominado por Pavlov, I (1986) segundo sistema de señales, signo diferenciador específico de la especie que nos precedió.

En la experiencia que llevamos durante siete años trabajando con menores cuya lengua materna es el árabe, debo destacar la cara de alegría que reflejan, cuando al llegar a la enfermería se les saluda y escuchan algunas frases y palabras en su lengua materna, es “sentirse” un poco en casa. De ahí que seamos partidarios de contar en la consulta de enfermería con la presencia de la mediadora cultural, para que intervenga en las situaciones “difíciles” que a menudo se dan y además nos ayude a realizar uno de los objetivos de nuestra investigación: promover la educación en hábitos, informar sobre los tóxicos así como brindar conocimientos sobre la educación sexual tan necesaria en este período de la vida.

14.3. Mediación Intercultural.

Están apareciendo sugerentes concepciones interculturales en el ámbito de la teoría y la práctica de la mediación. La labor del mediador cultural en el campo de la inmigración exige aptitudes y habilidades en la comunicación.

La naturaleza de la mediación como intervención de terceros para apoyar a partes involucradas en conflictos se vuelve más compleja cuando se incorpora la variante cultural a muy distintos niveles: La diversidad étnica, religiosa, etcétera, de las partes; la propia cultura de la mediadora o mediador, la influencia de los factores culturales en la relación establecida y en el contenido del conflicto, etc.

La adaptación de las instituciones y los profesionales al entorno multicultural (escuelas, hospitales, judicatura) es uno de los campos de mayor desarrollo práctico de formas de intermediación cultural. (Jiménez, C 1997).

En estos momentos es necesario como soporte al personal sanitario la presencia de traductores, mediadores y agentes comunitarios de salud. Las/los *traductores* tienen una función de interpretación lingüística del mensaje. Las/los *mediadores* de interpretación cultural del mensaje y la resolución de conflictos. Ambos tienen un papel reactivo.

Los agentes comunitarios de salud realizan: tareas socioculturales, sanitarias, de dinamización comunitaria, su papel es activo, no es imprescindible ser sanitario.

Los mediadores tienen dos herramientas muy valiosas a su alcance: el conocimiento de las dos culturas y sus lenguas; pero necesitan además poner en práctica aspectos tales como: la escucha, ésta ha de ser activa, es decir no se limita a oír y trasladar el mensaje de una parte a otra, sino que tiene que saber preguntar en el momento oportuno, cortar cuando el inmigrante se va por los cerros de Úbeda, es un momento de *centrar sin presionar, respetando los silencios*; y que nunca noten que el tiempo de actuación es limitado, los mediadores deben estar relajados, porque para el inmigrante su problema es único y resolverse es lo más urgente para ellas/os.

Otro aspecto muy importante es la empatía; el mediador no debe partir de ideas preconcebidas, sino siempre de las del otro. La empatía radica en poder imaginar la situación en la que está el otro, ponerse en su lugar, la forma de mirar, los gestos corporales, todo el lenguaje “no verbal” es fundamental en la comunicación tanto a nivel de la escucha, de la empatía como de disposición del mediador intercultural.

Es muy significativo por parte de estos profesionales una preparación, control de la traducción, empleo de un lenguaje simple libre de infantilismos y el refuerzo de materiales de apoyo. (Ros Collado, M 2005).

Si logramos que el mensaje emitido por el profesional sanitario, decodificado por el intérprete, llegue al paciente con la información precisa y con las pautas que debe seguir se podrá lograr un estado de salud óptimo, esto minimiza la ansiedad del enfermo y da confianza en la relación médico-paciente.

Existen comunidades autónomas que han reconocido la necesidad de la presencia del mediador intercultural y por lo tanto se han creado puestos de

trabajo con un perfil delimitado y bien definido; se cuenta con la presencia de estos profesionales en colegios, hospitales, centros municipales de los servicios sociales, tal es el caso de Andalucía, Cataluña, País Vasco, y Madrid. En nuestra Comunidad el Servicio de Mediación Social Intercultural del Ayuntamiento de Madrid (SEMSI) con una experiencia de trabajo en equipo de más de once años y medio dejó de existir por decisión municipal el pasado 31 de enero.

El Ayuntamiento ha puesto en marcha el Servicio de Dinamización en Espacios Públicos que tiene otros cometidos y el perfil profesional no es de mediador, lo que imposibilita llevar a cabo cualificadamente las funciones propias de un servicio de mediación. Este nuevo Servicio de Dinamización aborda el trabajo en los espacios públicos -parques, calles, plazas- y nos preguntamos ¿quienes van a ocuparse ahora del trabajo clave con usuarios y profesionales, en las familias y asociaciones, con los actores educativos, sanitarios y sus problemáticas interculturales?.

La salud y el bienestar de los seres humanos está por encima de la crisis económica a nivel mundial, de los presupuestos y los ajustes económicos, ojalá los que tienen el poder de reinstaurar este servicio (SEMSI), reflexionaran un poco más y cambiaran de actitud, al respecto. Es necesario e indispensable evitar “focos violentos” como los de Francia y los del Ejido, sentarse a conversar, cuesta poco, debemos aprender de otras experiencias y ser coherentes en el ser y el hacer.

CAPÍTULO VII. ASPECTOS MÉDICO-LEGALES EN LA DETERMINACIÓN DE LA EDAD ÓSEA EN LOS MENORES INMIGRANTES.

15. Consideraciones generales en la determinación de la edad ósea.

La afluencia de menores no acompañados, indocumentados a España, hace necesario la determinación de la edad ósea para poder ofrecerles protección.

Los derechos de niñas/os menores son reconocidos por los distintos convenios y tratados internacionales, cuando éstos se ven sometidos a la acción de la justicia o simplemente solicitan asilo en un país extraño el parámetro establecido de forma tradicional para determinar su edad, es la radiografía de muñeca, diseñada para la población caucásica. (Bartolomé, A 2004).

El incremento de la emigración a Europa de ciudadanos procedentes del Tercer Mundo, entre los que se estima un 4% de menores, ha promovido la creación del Program Separated Children in Europe por iniciativa del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) and The Federation Save the Children. (Castagnos-sen, A y Nicolle, JC 1999).

Este programa ha impulsado la elaboración de una Declaración de Buenas Prácticas que proporciona pautas de trabajo comunes para todos los países. Puesto que frecuentemente estos menores extranjeros no acompañados (MENA) llegan a Europa carentes de identificación, con documentación falsa, uno de los elementos incorporados en esta declaración es el correspondiente a la determinación de la edad.

En el documento se establecen algunas directrices en ese sentido, advirtiendo que esta estimación no es un dato exacto y que posee un considerable margen de error. La Guía ACNUR establece que “cuando se utilicen métodos científicos para la determinación de la edad en niños, deben aportarse los márgenes de error”. Además los métodos empleados deben ser, por otra parte seguros y han de respetar la dignidad humana.

La oficina del ACNUR en España ha expresado en varias ocasiones su preocupación a las autoridades españolas por las prácticas actuales de determinación de la edad de los MENA y la organización Human Rights Watch publicó un informe en el 2002 sobre la arbitrariedad de los procedimientos de determinación de la edad en España, con especial mención a Ceuta y Melilla.

Para establecer la edad ósea es necesario tener presente la variabilidad inherente al desarrollo madurativo entre diferentes poblaciones y distintos individuos de una misma población generada por una multitud de factores: genéticos, ambientales, nivel socioeconómico, alimentación, exposición solar,

algunos de ellos imposibles de determinar.

El diagnóstico médico no debe plantearse por tanto, sino como una prueba complementaria más en la determinación de la edad, expresando de manera clara los límites para cada una de las técnicas utilizadas y valorando la armonía o discrepancia del conjunto de elementos de juicio. (Prieto Carrero, JL 2002).

15.1. Maduración ósea.

Los términos crecimiento y maduración aunque están relacionados son de hecho sucesos separados. Durante décadas los científicos han buscado un indicador de la maduración del individuo porque la edad cronológica (la expresada en unidades del calendario: días, semanas, meses y años desde la fecha de nacimiento) no es un indicativo del grado de madurez.

Los parámetros bien establecidos tales como: la edad dental, los caracteres sexuales, la menarquia en las chicas tienen muy poco valor clínico, sólo la *edad ósea*, es el único indicador del desarrollo válido desde el nacimiento hasta la madurez. El Proceso de Maduración sólo se puede valorar sobre la base de la osificación. Los patrones de osificación de varios elementos esqueléticos son los que se usan para establecer la edad ósea. (Faini, E 1988).

15.2. Valoración de la edad ósea.

Los diferentes procedimientos para valorar la maduración ósea se clasifican según: *la técnica utilizada, zona anatómica empleada y los métodos.*

La técnica utilizada: la radiografía y la ecografía.

Zona anatómica empleada: cadera, codo, hemicuerpo, hombro, mano, pie, cadera. De todas ellas la más usada es la mano por su fácil accesibilidad, escasa radiación y la existencia de un amplio número de huesos en una pequeña zona corporal.

Los métodos son: Planimétricos, Atlas y Numéricos.

Planimétricos: utilizan el tamaño o superficie de determinados huesos. Son indicativos de crecimiento pero no de maduración.

Atlas: se basan en la comparación de una radiografía problema con una serie de radiografías estándares. Aunque existen atlas para la rodilla, codo y pie, el más conocido y utilizado es el de **GP** para la mano y muñeca. (Greulich, W.W., y Pyle, S.I 1959).

Numéricos: estos describen una serie de indicadores de maduración para cada núcleo de osificación y se les asigna una puntuación a cada uno de los estadios evolutivos según el sexo. La suma de las puntuaciones nos dará la maduración ósea. Cada método numérico del cual el más representativo es el de **TW**. Tanner JM, Whitehouse RH & col (1983) tiene sus gráficas de referencia de la población general, representadas bien en percentiles o en desviaciones estándar.

Tanner y Whitehouse describieron 3 escalas, **TW2-20 huesos**, **TW2-carpo** y **TW2-RUS** (de Radio, Ulna and Several metacarpal and phalanges), de las que esta última es la más utilizada, y valora de forma separada el radio, cúbito y diversas articulaciones metacarpo e interfalángicas.

A pesar de que tanto el atlas de **GP** como el **TW** son dos métodos muy antiguos, siguen siendo los más utilizados en la clínica; debemos recordar que no son válidos en el primer año de vida ya que al nacimiento no existe ningún núcleo de osificación en la radiografía de la mano y estos van apareciendo a lo largo del primer año.

La edad ósea, se valora con una radiografía de la mano, la interpretación de esta radiografía se basa en la maduración ósea, la que a su vez está influida por diversos factores: genéticos, ambientales y socioeconómicos; se recomiendan la adaptación de los estándares a cada población, por lo que existen publicaciones de variantes del Atlas de maduración ósea de **GP**. Se han reconocido diferencias en estudios asociados con factores patológicos, raciales y socioeconómicos.

La impresión general de las investigaciones más recientes, considera que serían los factores socioeconómicos, que influyen en la nutrición y las condiciones higiénico-sanitarias del sujeto, los más significativos en cuanto a su capacidad de modificar los resultados. (Schmeling A, Reisinger W, Loreck D et al 2000).

Exploraciones radiológicas:

El método más extendido para determinar la edad de un individuo a partir del grado de maduración ósea, es el desarrollado por **GP** a partir de registros

radiográficos de la muñeca. Este procedimiento compara la radiografía del individuo cuya edad se quiere determinar con una serie de radiografías estándares estructuradas en un Atlas visual.

A la radiografía problema se le adscribe la edad ósea que corresponda al estándar más parecido o a una edad intermedia entre dos estándares sucesivos, en los casos que presente rasgos o características intermedias debemos tener muy presente que estamos evaluando un proceso dinámico y difícil de encasillar en patrones rígidos.

Ventajas: es un método sencillo y ágil de utilizar.

Inconvenientes: la subjetividad de la lectura radiológica. El Atlas de **GP** para la mano y muñeca está realizado sobre una población blanca norteamericana de clase media-alta y esto ha hecho que muchos autores se planteen la adaptación de los estándares a cada población estudiada.

En una investigación realizada por Tristán y col (2006) en Granada llegó a la conclusión que el método de Greulich y Pyle debe seguir considerándose como un método idóneo en la valoración de la edad ósea en los niños de nuestro entorno.

Otro procedimiento empleado es la radiografía panorámica u ortopantomografía (OPT). Esta técnica nos proporciona información sobre ambos maxilares y da una visión de conjunto del desarrollo dentario durante su proceso de calcificación y erupción. Sin embargo, la fiabilidad de la estimación de la edad no es uniforme desde el nacimiento a la madurez. (Prieto Carrero, JL 1996).

En etapas infantiles puede ser determinada con estrechos márgenes de variación, pues la mayoría de los dientes se encuentran en período de formación y los intervalos entre los distintos estadios son cortos. En la adolescencia, tras la formación de premolares y molares, sólo continúan en desarrollo los terceros molares, o muelas del juicio.

El tercer molar no es precisamente el ideal de un marcador para el desarrollo por su frecuente ausencia congénita. Lynham, A (1989), malformación Taylor, RMS (1978), o extracción Venta I & col (2001, 1991). Además es el diente más variable en cuanto a tamaño, tiempo de formación y erupción. (Anderson, DL & col 1977).

Otros factores a tener en cuenta son los diferentes períodos de formación entre ambas arcadas dentales, siendo ésta más precoz en el maxilar superior Gorgani, N & col (1990) y la erupción generalmente más temprana en varones Levesque, GY & col (1981) al contrario que el resto de la dentición. No es sorprendente por tanto, que la asociación entre edad y formación del tercer molar sea bastante relativa.

Como no existen otros indicadores biológicos para este intervalo de tiempo, los terceros molares son utilizados a veces para valorar la edad juvenil o adulta, mayor o menor de 18 años de sujetos que están indocumentados. (Mincer, HH & col 1993).

Otra valoración es la conocida como el Test de Risser (Osificación de las Crestas ilíacas). La clasificación de Risser, que se basa en dividir la cresta ilíaca en cuatro cuartos es la siguiente:

- 1 + la apófisis del ilíaco se ha osificado en la cuarta parte, 25%.
- 2 + la apófisis se ha osificado en el 50 por ciento.
- 3 + la apófisis ha recorrido el 75 por ciento.
- 4 + la apófisis ha llegado a la espina ilíaca posterosuperior (100%).
- 5 + la apófisis se ha fusionado completamente con la cresta ilíaca.

Cuando se encuentra un signo de Risser 5 +, se entiende que ha terminado o se ha detenido el crecimiento del esqueleto.

La terminación de la osificación ocurre aproximadamente entre los 16 y 17 años en los varones y los 14 y 15 años de edad en las mujeres. (Muñoz, GJ 1999).

Respecto a qué método de valoración de la edad ósea resultaría el más adecuado, los diversos autores no presentan un acuerdo entre ellos.

Existen básicamente *tres métodos de interpretación*, el método gráfico de atlas de Greulich y Pyle (**GP**) que arroja resultados en forma de edad ósea, el numérico de Tanner-Whitehouse modificado (**TW2**) tras haber cambiado las puntuaciones y separados los grupos por sexos Prieto Carrero, JL (1998) y métodos mixtos, como el **FELS**.

Esta técnica (FELS) se basa en el umbral al cual los indicadores de maduración están presentes en el 50% de la población de referencia. (Roche, AF et al 1988).

15.3. Enfoque europeo en la determinación de la edad ósea.

El grupo multidisciplinario de la Asociación Alemana de Medicina Forense (Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin) elaboró en septiembre de 2000 una de las primeras guías para la estimación de la edad en individuos vivos sometidos a procedimientos judiciales (Schmeling et al 2001a, 2001b. Study Group of Forensic Age 2001).

Las guías establecían la necesidad de realizar una serie de pruebas diagnósticas que incluyeran exámenes radiográficos y antropométricos y una vez practicadas estas, interpretar los rotulados en función de estudios previos en poblaciones adecuadas al sujeto.

La normativa legal de los distintos países de la Comunidad Europea ha condicionado la existencia de una serie de beneficios para los responsables de conductas delictivas, para las víctimas de hechos delictivos y para los inmigrantes ilegales en el caso de que puedan acreditar su minoría de edad.

Este reglamento indica que los menores de 14 años están exentos de responsabilidad penal, los mayores de 14 años y menores de 18 estarían sometidos a normas penales especiales y los mayores de 18 años y menores de 21 podrían en un futuro ser sometidos a normas penales propias de los menores de 18 años.

En España la legislación plantea que los menores de 18 años inmigrantes ilegales pueden ser sometidos a tutela a cargo de las autoridades. (Constitución Española 1978, Código Penal Español 1995, Ley Orgánica 5/2000, Valle JM et al 2000, Ley de Extradición Pasiva 1985, Ley Orgánica 4/2000, Convención de los Derechos del Niño 1989, Resolución del Consejo de Europa 1997).

Las guías alemanas recomiendan, para la determinación de la mayoría o minoría de edad penal (18años) en sujetos vivos las siguientes pruebas:

1. Examen físico. Obtención de medidas antropométricas (peso, talla, tipo constitucional), inspección de signos de madurez sexual, identificación de patologías que pueden alterar el desarrollo madurativo.
2. Examen radiográfico de la mano izquierda.
3. Examen externo del estado de la dentición y radiografía dental.
4. Examen radiográfico de la región cervical, en el caso de que interesase confirmar si la edad cronológica es mayor o menor de 21 años de edad.

Al interpretar los resultados, las guías recomiendan que los datos obtenidos de las anteriores pruebas fuesen contrastados con estudios de referencia adecuados al sujeto específico estudiado. Deberán considerarse como factores significativos de corrección de los resultados las variables étnicas, socioeconómicas y patológicas, así como el grado de error intra e interobservador.

Existe un acuerdo entre los autores en el hecho de que la interpretación de los resultados de las variables antropométricas resulta imprecisa como factor de predicción de la edad cronológica.

En algunos estudios se ha podido apreciar que los sujetos con talla más alta y mayor peso y aquellos de biotipo atlético e IMC superior a la media se hallan entre los que en una población concreta pueden presentar los mayores adelantos en la edad ósea frente a la edad cronológica real. (Bueno M, Sarría, A y col 1996).

La maduración de los caracteres sexuales secundarios suele cuantificarse siguiendo el sistema propuesto por (Tanner, JM 1962).

Con independencia de la dificultad de interpretación de los resultados por diferencias inter e intraobservador, no bien estudiadas, son muy escasas las series que analizan la evolución con la edad cronológica de estos parámetros en diversas poblaciones y las pocas existentes se hallan centradas fundamentalmente en países desarrollados. Concluyendo las variables antropométricas resultan poco útiles como factores de predicción de la edad ósea forense estimada. (Koc A et al 2001, Cameron, N 1993).

Estudio universal radiológico del carpo:

En relación a la edad ósea determinada por el estudio radiológico del carpo de la mano izquierda, surgen varias cuestiones de interés en cuanto a su aplicabilidad como factor de predicción de la edad cronológica estimada.

En *primer lugar*: qué mide realmente el parámetro obtenido de edad ósea.

Segundo: qué método de interpretación de los resultados entre los varios disponibles sería el más adecuado.

Tercero: cómo interpretar los resultados en el sujeto de estudio, dado que parece demostrado en múltiples investigaciones que la fiabilidad varía de unas poblaciones a otras y que sus resultados precisan ajustes.

El parámetro obtenido por estos y otros métodos de edad ósea no corresponde exactamente con el de edad cronológica.

El concepto de edad ósea es un término estadístico recogido de la experiencia clínica que resulta útil con fines estrictamente clínicos en la estimación del ritmo madurativo individual de un sujeto y en la predicción de fenómenos como la talla previsible. La maduración progresiva de la osificación del carpo sigue una secuencia común en todas las series estudiadas, sugiriendo que existe una “ley natural” que marca la secuencia de osificación. No obstante, en estas mismas series se aprecian diferencias muy significativas, al constatar a qué edad cronológica se alcanza un estado madurativo determinado en diversas poblaciones. (Schmeling A, Reisinger W, Loreck D et al 2000).

La edad ósea es considerada como un parámetro fisiológicamente más estable que la maduración dental, y es precisamente su evaluación, la que disponemos con fines clínicos y forenses para estimar con cierta precisión la edad cronológica al final de la adolescencia. (Kulman, L 1995 y Benso L et al 1996).

Los métodos de interpretación más pactados para la estimación de la edad ósea a día de hoy siguen siendo:

El método gráfico de Greulich y Pyle (GP) que arroja resultados en forma de edad ósea Greulich WW, Pyle SI (1959), el numérico de Tanner-Whitehouse (TW2) que aporta resultados numéricos que han de compararse con tablas específicas para cada población y estimar indirectamente la edad ósea. Tanner JM, Whitehouse RH et al (1983) y métodos mixtos, como el FELS, que interpretan algunos datos gráficos y que cuantifican numéricamente otros parámetros.

El “GP” es el método más generalizado, si bien “TW” es el más utilizado en países europeos. Podría parecer en principio que un método numérico como el TW2 debería ser más fiable. Sarria A et al (1986) y Gilli G (1996). Además pese a que TW2 es un método más sofisticado en su aplicación técnica, puede ser aprendido sin instrucción específica. Beunen G, Cameron N (1980). No obstante, en la práctica se halla sometido a errores intra e interobservadores similares a los del GP y se halla influido negativamente por fallos técnicos derivados de una posición incorrecta de la mano en el momento de realizar la radiografía Cox LA (1996), que pueden ser solventados de forma más correcta por los métodos gráficos.

Autores como King DG et al (1994) recomiendan la aplicación de GP en lugar de TW2 con fines clínicos basándose en un criterio de economía de medios al haber comprobado que TW2 es mucho más costoso en tiempo y sus resultados son similares a GP.

Los intentos de desarrollar aplicaciones informáticas sobre el sistema numérico TW2 (sistema CASAS) ofrecían en sus inicios promesas de ventajas evidentes. Teóricamente permitirían cuantificar los resultados de forma uniforme sin interferencia de los factores de distorsión derivados del observador. Tanner, JM et al (1994). Sin embargo, sus resultados todavía no son equiparables con los del método manual, consideran que es necesaria la colaboración entre radiólogos e informáticos para mejorar los sistemas de hardware y software. (Suanes A, Cañete, R 1999).

En realidad, cada método tiene sus ventajas y desventajas Oestreich, AE (1997) y debe ser el médico el que decida por su experiencia personal qué método es el más útil para los fines concretos de la interpretación buscada.

La impresión general de las investigaciones más recientes es la de que serían los factores socioeconómicos que influyen en la forma de nutrición y condiciones higiénico-sanitarias del sujeto, los más significativos en cuanto a su capacidad de modificar los resultados (Schmelting A et al 2000).

Los factores raciales son discutidos por diversos autores y aunque parece ser que no serían capaces por sí mismos de justificar diferencias significativas en la edad ósea, no existen datos indubitables que permitan de forma absoluta afirmar o descartar la influencia específica de este factor. (Oestreich, AE 1997).

Los estudios en Europa, parecen indicar que los caucásicos europeos se acercan a los ritmos de maduración marcados por el sistema **GP** y el **TW2** o se hallan ligeramente retrasados o adelantados frente a éstos *Italia* Benso, L et al (1997) y Vignolo, M et al (1990), *Bélgica* Beunen, G et al (1990) y Malina, RM et al (1986), *Holanda* Van Rijn, RR et al (2001), *Finlandia* Koski, K et al (1961), *Dinamarca* Andersen, E (1971) y Wenzel A, Melsen B (1982), *Suecia* Taranger, J et al (1987), *España* Hernández, M y col. (1991), y en *Austria* (Wenzel, A et al 1984).

En casos puntuales, las diferencias con los métodos originales han sido pequeñas pero estadísticamente tan significativas, que se ha propuesto la necesidad de elaborar tablas y atlas específicos para estas poblaciones. Entre ellos, el estudio español de Hernández, M y col (1991), condujo a la elaboración de tablas, series radiográficas y manuales específicos para la población de la

Comunidad Autónoma del País Vasco basados en los métodos originales tanto de **GP** como de **TW2-RUS**.

Los estudios clásicos de las décadas de los setenta y ochenta en población mongoloide de Asia indicaban que los chinos y japoneses presentaban un retraso en su edad ósea frente a la cronológica en la fase pre-puberal, pero en la fase *post-puberal*, existía una aceleración hasta culminar la maduración a una edad similar a los europeos y americanos caucasoides.

En las series más actuales sobre poblaciones modernas con mejores condiciones socioeconómicas, se aprecia una tendencia a ajustar aún más los resultados con los ritmos de maduración de la edad ósea de las poblaciones occidentales. (Muramata, M 1997, Takai, S et al 1984, Ashizawa K et al 1996, Yi-Yan, Y et al 1992, Low, WD et al 1964, Kimura, K 1976, Kimura, K 1976a, Kimura, K 1977, Kimura, K 1977a).

En India y Pakistán, los hallazgos han sido similares, apreciándose adelantos en la edad ósea frente a la cronológica durante la fase post-puberal, más evidente en sujetos de clase social alta. (Rikhasor RM 1999, Banejee KK 1998 y Prakash S 1991, 1981).

Según Souguir, MK et al (2002), los habitantes de los países musulmanes de Oriente Próximo y del Norte de África y las poblaciones de estos países emigradas a países desarrollados no han sido estudiados sistemáticamente y no se puede afirmar si su ritmo de maduración ósea sigue o no la evolución marcada en otras poblaciones.

El único estudio sistemático identificado en nuestra revisión bibliográfica, realizado por Koc, A et al (2001) en población turca moderna, indica un retraso en la edad ósea hasta los 13 años y un adelanto discreto desde esa edad para el GP.

Ostreich, AE (1997) también destaca la falta de diferencias entre población rural y urbana alemana en la serie del método de Thiemann-Nitz. Sin embargo, estudios modernos y específicos sobre esta variable de autores como Jahari AB et al (2000) sobre población indonesia, Fleshman K(2000) sobre población africana, o Melsen B et al (1986) sobre población de menores extranjeros adoptados en Dinamarca, identifican claramente a los factores socioeconómicos y la pobreza como productores de retrasos significativos en el ritmo de la secuencia de la maduración ósea durante la fase prepuberal.

15.4. Enfoque americano en la determinación de la edad ósea.

En USA los estudios indican que los sujetos caucasoides se ajustan bien a los standard de GP y TW2 o suelen presentar un cierto adelanto madurativo. Tanner J et al (1997). Por el contrario los resultados hallados en sujetos negroides arrojan efectos contradictorios en las series.

Para Gross GW et al (1995) la población negra se ajusta mejor que la blanca al Standard de GP.

En las series de Lodler R et al (1993) y Ontell FK et al (1996), la etnia negra se halla adelantada para el standard de GP. La serie de Marshall WA et al (1970) en negros jamaicanos comparada con el UK60 del TW2 indica un retraso de la edad ósea desde los 13 años, con independencia de factores socioeconómicos.

Finalmente, Gilsanz V et al (1988), en un estudio entre individuos negros y blancos en USA no aprecia diferencias significativas entre la edad ósea y la edad cronológica en ambos grupos cuando se igualan los factores socioeconómicos.

Las características socioeconómicas de cada población serían para algunos autores Greulich WW, Pyle SI (1959), los factores más significativos en cuanto a su capacidad para influir sobre las variaciones en el ritmo de maduración de la edad ósea. Otros estudios, por el contrario, no parecen confirmar esta hipótesis.

Marshall WA et al (1970) en población negra jamaicana no apreciaba variaciones en función de la clase social alta o baja de los sujetos.

Entre los factores patológicos identificados claramente como factores de alteración del ritmo de evolución de la edad ósea se hallan, entre otros: *la enuresis nocturna*, *el déficit de GH* Vallejo-Bolanos E y col (1999), *la obesidad* Bueno M y col (1996), *los hábitos deportivos de alta competición* Theintz GE et al (1993) *o las malformaciones óseas y la exposición a agentes físicos, como en el caso de las congelaciones.* (Freyschmidt J et al 2001).

15.5. La Dentición.

Dado que este parámetro de maduración se halla menos influido por circunstancias ambientales que otros, sin embargo, el examen externo, centrado en la existencia o no de la erupción de los terceros molares es demasiado

impreciso dada la alta variabilidad de aparición de este fenómeno fisiológico. (Reverte, JM 1991, Krogman WM, Iscan MY 1986 and Stewart TD 1979).

Por tanto, resulta más adecuado valorar la evolución de la maduración y osificación de los terceros molares que es un fenómeno más estable aun dentro de su alto grado de variabilidad. (Nambiar, P et al 1996).

Para cuantificar este grado de maduración existen varios métodos principalmente el método gráfico original de Dermijian o sus variantes. (Dermijian A et al 1973, Willems G et al 2001 y Solari AC, Abramovitch K 2002).

Las múltiples series que han estudiado la correlación entre la maduración radiológica del tercer molar y la edad cronológica arrojan resultados de utilidad práctica limitada.

Algunos autores como Mincer HH et al (1993) en una serie de 823 sujetos de 14 a 24,9 años, originarios de Canadá y USA, concluyen que el valor predictivo de la edad cronológica para los estadios A al G (estadios de Dermijian) es insuficiente. Únicamente el estadio H se aprecia como predictivo de una edad mayor o igual a 18 años en un 85,3 al 92,2%, en función del sexo del explorado y de la pieza molar estudiada.

Por último, la serie de Piscozzi P (2000) en 385 italianos de 12 a 26 años, concluye que los sujetos en estadio 12 de Pertigliatti, equiparable al H de Dermijian para el tercer molar, tienen una edad mayor o igual a 18 años en un 97,71%.

15.6. Determinación de la Edad Ósea en el Centro de 1ª Acogida “Hortaleza” en Madrid.

Por iniciativa del Instituto Madrileño del Menor y la Familia se está realizando desde el pasado 17 de Octubre de 2006 en el Centro de 1ª Acogida de Protección “Hortaleza” un estudio radiológico en coordinación con el Dr. José Mª Abadal Villayandre Especialista en Radiología, para determinar la edad ósea, de los Menores Extranjeros No Acompañados (MENA). Esto nos permite conocer, en virtud de los distintos métodos radiológicos practicados: Método de Greulich-Pyle/TW-RUS, Test de Risser y el Método de Dermijian con los consiguientes márgenes de error de cada uno, la edad cronológica más probable de estos menores.

Desde un punto de vista ético Ritz-Timme S, et al (2000). Van Ree CJ, Schulpen TW(2001) han planteado la disyuntiva sobre si los supuestos menores inmigrantes indocumentados pueden o no ser sometidos a las anteriores pruebas y en caso afirmativo cuales de entre ellos deben ser sometidos a las mismas.

En nuestra investigación se les da la información a los menores antes de llegar a realizarlas. Siempre ha de ser conocido y consentido por el menor. (Jung, H 2000).

En los distintos países de la Comunidad Europea se aplican diversos modelos de selección, algunos en los que todo supuesto menor es sometido a todas las pruebas necesarias incluidas las radiológicas, y otros en los que funcionarios especializados, seleccionan a quienes se les aplica o no las mismas, en función de su aspecto antropométrico de mayoría o minoría de edad.

Sería necesario, en todo caso que el menor accediera a las pruebas con carácter voluntario, lo que exige un consentimiento libre e informado del mismo.

En la información que el menor recibe se utiliza, un lenguaje comprensible para él, no sólo conocerá los objetivos y consecuencias legales de los resultados de las pruebas, sino también la necesidad de vulnerar su derecho a la intimidad durante las exploraciones y el peligro físico potencial de algunas de ellas.

En nuestro Centro de 1ª Acogida esta información se le transmite al menor con la ayuda de la mediadora cultural para que conozca todos los detalles de la prueba radiológica y cuando se lleva a la Clínica siempre va acompañado de un educador/ra.

Las variables antropométricas resultan poco beneficiosas como indicadores de predicción de la edad forense estimada, pero pueden ser útiles como factores sugestivos de la existencia de condiciones patológicas que por provocar una maduración precoz o retardada, pueden alterar significativamente la interpretación integral de los resultados (Garamendi, PM y Landa, MI 2003).

SEGUNDA PARTE: PROCESO DE INVESTIGACIÓN.

1. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA.

La investigación desde sus orígenes significa rastreo, seguir una huella, un *vestigium*. Aplicada a la vida intelectual es una actividad que persigue el alcance de conocimientos o la solución de nuevos problemas García Hoz, V (1997). La investigación pedagógica es el quehacer investigador que tiene por objeto la educación en cualquiera de sus manifestaciones.

Investigar no es obra sólo de sabios eminentes que nos asombran por su inteligencia, es una tarea necesaria para que las actividades del hombre vayan siendo más racionales y eficaces evitando la práctica rutinaria. Cuando la investigación toma sus problemas de la realidad e intenta desembocar en una norma práctica de actuación recibe el nombre de activa. García Hoz, V (1990). En nuestro caso, investigamos porque queremos conocer la realidad objetiva de los menores tanto españoles como inmigrantes que ingresan en el Centro de 1ª Acogida para demostrar como es su estado de salud y romper con estereotipos erróneos preconcebidos incluso por profesionales que deberían estar actualizados.

La investigación científica es el acto de poner en acción las exigencias de lo que se conoce como método científico, a fin de que los resultados alcanzados puedan considerarse como parte de la ciencia. Otros autores la definen como un proceso metódico y sistemático dirigido a la solución de problemas o preguntas científicas, mediante la producción de nuevos conocimientos, los cuales constituyen la solución o respuesta a tales interrogantes. (Millán Puelles, A 1999).

Los conocimientos científicos difícilmente pueden juzgarse como algo infalible o definitivo, sino siempre abiertos al enfoque correctivo propio de la ciencia. (Kerlinger, F., Lee, H 2002).

Popper, K.R (2005) sugiere que los fundamentos científicos han de ser objetivos, deben contrastarse y estar sujetos a la crítica y revisión de cualquier mentalidad sin prejuicios.

Sidman, M (1994), (1990), (1978) plantea que los conocimientos objetivos, contrastables, deben tender hacia una sistematización, constituyendo un cuerpo organizado, mucho más allá de unos meros agregados inconexos de datos, cifras y resultados de cualquier tipo.

Una de las cualidades que caracterizan al hombre, en mayor grado, es su facultad de plantearse problemas. La mejor manera de formular el problema es

hacerlo en términos de pregunta o preguntas de forma que pueda darse la correspondiente contestación.

A los problemas se les pide que sean o parezcan al menos resolubles. McGuigan, F (1976), lo que suele requerir el planteamiento de hipótesis relevantes, la existencia de técnicas y estrategias adecuadas entre ellas, instrumentos de medida y pruebas estadísticas para la contrastación, y la asignación de probabilidades a las hipótesis.

La hipótesis, debe tener detrás una fundamentación suficiente Bunge, M (1979) que haga de ella algo inicialmente verosímil, en armonía y no en contradicción con el estado de la ciencia.

En la investigación científica es posible desarrollar dos enfoques importantes: el cualitativo y el cuantitativo.

El cualitativo entiende que la cantidad es parte de la cualidad, además de darle mayor atención a lo profundo de los resultados y no a su generalización.

Mendoza Palacios, R (2006) nos dice que en el enfoque cuantitativo, lo importante es la generalización o universalización de los resultados de la investigación, por tanto, no es conveniente hablar, ni de Paradigma Cualitativo, Metodología Cualitativa o Investigación Cualitativa, puesto que lo cualitativo o cuantitativo son enfoques de la observación científica, y ambos pueden ser usados en un mismo experimento, interaccionando sus metodologías.

Las diferencias entre investigación cualitativa y cuantitativa no se dan a nivel del tipo de problema que se pretende investigar, sino en los métodos o instrumentos que cada cual aplica y la forma en que tratan los resultados, finalmente, la conjunción de ambos paradigmas ayudará a lograr éxitos óptimos en investigaciones dentro del campo de la salud.

1.1. Investigación Cualitativa.

La metodología cualitativa, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno. Busca un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad. No intenta probar o medir un cierto acontecimiento, sino descubrir tantas cualidades del mismo como sea posible.

En investigaciones cualitativas se debe hablar de entendimiento en profundidad en lugar de exactitud. En ella se pretende obtener un conocimiento lo más profundo posible. (Calero, JL 2000).

Los orígenes de los métodos cualitativos se encuentran en la antigüedad pero a partir del siglo XIX, con el auge de las ciencias sociales – sobre todo de la sociología y la antropología – esta metodología empieza a desarrollarse de forma progresiva. (Alvira Martín, F 2002).

Sin embargo, después de la Segunda Guerra Mundial hubo un predominio de la metodología cuantitativa con la preponderancia de las perspectivas estructuralistas y funcionalistas. En la década del 60 las investigaciones de corte cualitativo resurgen como una metodología de primera línea, principalmente en EE.UU. y Reino Unido. A partir de este momento en el ámbito académico e investigador hay toda una constante evolución teórica y práctica de la metodología cualitativa. (Taylor, S.J y Bogdan, R 2004).

Dentro de las características principales de esta metodología podemos mencionar:

- La investigación cualitativa es inductiva en cuanto estudia los significados desde el punto de vista de los participantes.
- Tiene una perspectiva holística, describe los fenómenos de manera global en sus contextos naturales, porque lo particular solo puede entenderse en relación con su contexto.
- Trata de estudios en pequeña escala que sólo se representan a sí mismos.
- Hace énfasis en la validez de las investigaciones a través de la proximidad a la realidad empírica que brinda esta metodología.
- Principalmente, es un método para generar hipótesis y teorías.
- Su condición naturalista: observa, escucha, habla, toma nota.
- Libre de juicio: interpreta la realidad tal cual.
- En general su objetivo es profundizar en algunos aspectos cualitativos y no estadísticos.
- Se incorporan hallazgos no previstos "serendipity". (Taylor,SJ y Bogdan, R 1994).
- Los investigadores cualitativos participan en la investigación a través de la interacción con los sujetos que estudian, es el instrumento de medida.
- Analizan y comprenden a los sujetos y fenómenos desde la perspectiva de los dos últimos: deben eliminar o apartar sus prejuicios y creencias.

1.1.1. Características de la metodología cualitativa.

Una primera característica de estos métodos se manifiesta en su estrategia para tratar de conocer los hechos, procesos, estructuras y personas en su totalidad, y no a través de la medición de algunos de sus elementos. La misma estrategia indica ya el empleo de procedimientos que dan un carácter único a las observaciones.

La segunda característica es el uso de procedimientos que hacen menos comparables las observaciones en el tiempo y en diferentes circunstancias culturales, es decir, este método busca menos la generalización y se acerca más a la fenomenología y a la interacción simbólica.

Una tercera característica estratégica importante para este trabajo se refiere al papel del investigador en su trato –intensivo– con las personas involucradas en el proceso de investigación.

El investigador desarrolla las pautas y problemas centrales de su trabajo durante el mismo proceso de la investigación. Por tal razón, los conceptos que se manejan en las investigaciones cualitativas en la mayoría de los casos no están operativizados desde el principio de la investigación, es decir, no están definidos desde el inicio los indicadores que se tomarán en cuenta durante el proceso de investigación. Esta característica remite a otro debate epistemológico, muy candente, sobre la cuestión de la objetividad en la investigación social. (Mella, O 1998).

1.2. Investigación Cuantitativa.

Surge en los siglos XVIII y XIX, en el proceso de consolidación del Capitalismo y en el seno de la Sociedad Burguesa Occidental. Con la finalidad de analizar los conflictos sociales y el hecho económico como universo complejo. Inspiradas en las Ciencias Naturales y estas en la física Newtonianas a partir de los conocimientos de Galileo. Con Claude Saint Simón y Augusto Comte surge la Sociología como Ciencia.

Su racionalidad está fundamentada en el Cientificismo y el Racionalismo, como posturas Epistemológicas Institucionalistas. Profundo apego a la tradicionalidad de la Ciencia y utilización de la neutralidad valorativa como criterio de objetividad, por lo que el conocimiento está fundamentado en los hechos, prestando poca atención a la subjetividad de los individuos. El experto se convierte en una autoridad de verdad.

La Investigación Cuantitativa tiene una concepción lineal, es decir que haya claridad entre los elementos que conforman el problema, que tenga definición, limitarlos y saber con exactitud donde se inicia el problema, también le es importante saber que tipo de incidencia existe entre sus elementos". (Hurtado y Toro 1998).

1.2.1. Características de la metodología cuantitativa.

La Metodología Cuantitativa es aquella que permite examinar los datos de manera numérica, especialmente en el campo de la Estadística.

Para que exista Metodología Cuantitativa se requiere que entre los elementos del problema de investigación exista una relación cuya naturaleza sea lineal. Es decir, que haya claridad entre los elementos del problema de investigación que lo conforman, que sea posible definirlo, limitarlos y saber exactamente donde se inicia el problema, en cual dirección va y que tipo de incidencia existe entre sus elementos.

En la Metodología Cuantitativa debe haber transparencia entre los elementos de investigación desde donde se inicia hasta donde termina, el abordaje de los datos es estático, se le asigna significado numérico. (La Rosa, E 1995).

El abordaje de los datos Cuantitativos es estadístico, hace demostraciones con los aspectos separados de su todo, a los que se asigna significado numérico y hace inferencias.

La objetividad es la forma preferente de alcanzar el conocimiento, por lo que utiliza la medición exhaustiva y controlada, intentando buscar la certeza del mismo.

El objeto de estudio es el elemento singular empírico. Existe una relación de independencia entre el sujeto y el objeto, ya que el investigador tiene una perspectiva desde afuera.

La teoría es el elemento fundamental de la investigación Social, le aporta su origen, su marco y su fin.

Comprensión explicativa y predicativa de la realidad, bajo una concepción objetiva, unitaria, estática y reduccionista.

Concepción lineal de la investigación a través de una estrategia deductiva. Es de método Hipotético – Deductivo.

1.2.2. Limitaciones cuantitativas.

Las limitaciones se sitúan a nivel de varios riesgos de distorsión, el menor de los cuales no es ciertamente la conversión deformante de lo cualitativo en cantidades artificialmente calculadas sobre datos previamente transmutados ad hoc.

Las limitaciones de la investigación cuantitativa son:

La subjetividad disfrazada cuantitativamente.

La conjugación cuantitativa de agrupaciones para estudiar los sistemas sociales.

Tomar una parte del sistema como variable independiente (causa) y todo el de los datos cuantitativos lo que se puede observar en las investigaciones tradicionales. (Cabrero García, L y Richart Martínez, M 1996).

1.2.3. Diferencias entre investigación cuantitativa y cualitativa.

El objetivo de cualquier ciencia es adquirir conocimientos y la elección del método adecuado que nos permita conocer la realidad es por tanto fundamental. (Álvarez Cáceres, F 1996).

Los métodos inductivos y deductivos tienen objetivos diferentes y podrían ser resumidos como desarrollo de la teoría y análisis de la teoría, respectivamente.

Los métodos inductivos están generalmente asociados con la investigación cualitativa mientras que el método deductivo con la investigación cuantitativa.

Los científicos sociales en salud –doctores, enfermeras, técnicos en salud– que utilizan abordajes cualitativos enfrentan en la actualidad problemas epistemológicos y metodológicos que tienen que ver con el poder y la ética en la generación de datos así como la validez externa de los mismos. (Popper, K. R 2005).

La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables.

La investigación cualitativa evita en lo posible la cuantificación. Los investigadores cualitativos hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante y las entrevistas no estructuradas y estructuradas, el estudio de casos.

La diferencia fundamental entre ambas metodologías es que la cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales.

La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica; mientras que la investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. Tras el estudio de la asociación o correlación pretende, a su vez, hacer inferencia causal que explique por qué las cosas suceden o no de una forma determinada. (Reichart ChS, Cook TD 2001).

El empleo de ambos procedimientos cuantitativos y cualitativos en una investigación probablemente podría ayudar a corregir los sesgos propios de cada método, pero el hecho de que la metodología cuantitativa sea la más empleada no es producto del azar, si no de la evolución del método científico a lo largo de los años. (Pita Fernández, S., Pértigas Díaz, S 2002).

2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

Nuestro estudio se ejerció sobre la población constituida por todos los adolescentes autóctonos e inmigrantes, desde los 15 hasta los 18 años que ingresaron en el Centro de 1ª Acogida “Hortaleza” y aceptaron la protección que por Ley el Estado Español ofrece a través de la Comunidad de Madrid, durante los años 2003, 2004, 2005, 2006 y 2007.

Los criterios de inclusión fueron: aceptar a todos los adolescentes españoles e inmigrantes de cualquier procedencia, tener entre 15 y 18 años y realizarla en el período comprendido entre el 2003 y el 2007.

Sólo los adolescentes que accedieron al centro durante estos años, a través de las diferentes vías (GRUME, Comisión de Tutela, Orden Judicial y otras instancias de los Cuerpos de Seguridad del Estado) y aceptaron la protección, forman parte de la muestra.

Nuestro trabajo es una investigación descriptiva de tipo cuantitativo – cualitativo. En la investigación cuantitativa, el criterio que se siguió para seleccionar la muestra, coincidió con la población del centro, lo que nos permitió realizar una generalización de la misma.

En la investigación cualitativa, se hizo una selección aleatoria del total de la muestra, con el fin de poder soslayar una de las dificultades que tiene la selección al azar, y realizar el estudio de algunos casos en profundidad.

Los jóvenes explorados fueron españoles, portugueses, procedentes del norte y centro de Europa, norte y centro de África, Asia, y centro y sur de América.

Los ingresos en el Centro de 1ª Acogida “Hortaleza” están determinados siempre por situaciones de urgencias sociales, es decir, que estamos permanentemente dispuestos a recibir a los adolescentes cuando en ese momento no existan otros recursos más idóneos para ellos.

No se recibirá a un adolescente cuando sea la propia familia quien se persone para solicitar su ingreso, cuando esto ocurre lo derivaremos a los servicios sociales de zona o a la Comisión de Tutela del Menor.

Desde que se produce el ingreso del adolescente el equipo técnico inicia su intervención con un estudio completo de cada caso, a fin de poder considerar todos los elementos concurrentes para realizar un diagnóstico, pronóstico ajustado y poder ofrecer la respuesta más adecuada para el bienestar del menor.

El centro está diseñado para ofrecer atención temporal. En el mismo, los adolescentes permanecerán el tiempo imprescindible para resolver la situación que motivó su ingreso siendo la estancia aproximada de 30 días.

Es el Equipo Técnico reunido en la Comisión de Orientación el que hace una propuesta a la Comisión de Tutela del Menor (que reside en la calle Gran Vía 14 en Madrid), y ésta decide finalmente, el recurso más adecuado al perfil del adolescente.

Nuestro Centro de 1ª Acogida forma parte de esa red perteneciente al Instituto Madrileño del Menor y la Familia y tiene como finalidad: acoger, diagnosticar y orientar a los adolescentes que llegan.

Durante los años 2003 al 2007 ingresaron 1408 menores con edades comprendidas entre 15 y hasta los 18 años procedentes de familias españolas y extranjeras, con problemáticas de desamparo.

2.1. Protocolo de ingreso.

Existe en el centro una Hoja de Ingreso, la cual se rige por el estatuto de residencias de atención a la infancia y adolescencia; ésta es utilizada por los centros de 1ª Acogida de la Comunidad de Madrid. (Ver Anexo II).

Este protocolo se basa en la Ley de Garantías de Derechos de la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid. Ley 6/1995 de 28 de Marzo, que prioriza la acción preventiva, propicia la integración y normalización e intenta la recuperación familiar, también trata de ofrecer recursos alternativos a la familia. (Ver Anexo III).

2.1.1. Organismos que derivan menores al Centro de 1ª Acogida Hortaleza.

En la actualidad se pueden destacar varios modos de derivación a nuestro centro, ellos son:

2.1.1.1. Derivado por un técnico del Área de Protección.

a) Mediante una resolución urgente de la medida de protección [tutela / guarda], asumida por el Vocal Comisionado de Zona de la Acción Tutelar I y II. De esta forma se manda la Resolución de Urgencia y no hace falta oficio ni requisito previo.

b) Menores con medida de protección asumida por acuerdo del Pleno de Comisión de Tutela, donde figura que la guarda se ejerce por una tercera persona, en casos de urgencias [devolución acogimiento familiar, baja en el Centro de referencia, finalización de medida judicial]. En este caso, el técnico de protección debe mandar una autorización al centro.

c) Menores sin medida de protección que salen de un centro de medidas judiciales, se exige a dicho centro un oficio policial para ingresar en el Centro de 1ª Acogida Hortaleza. Si no tiene fecha de nacimiento, es necesario realizar una prueba radiológica para determinar su edad.

2.1.1.2. Derivado por un técnico del Área de Coordinación.

Son los casos de menores que causan baja en un centro residencial y que tienen una medida de protección vigente, por lo que es necesaria la autorización del técnico de Coordinación.

2.1.1.3. Derivado por Decisión Judicial.

En los procedimientos de juzgado ordinario (juzgado de familia, violencia de género...) si el juez detecta o considera que puede existir una situación de desamparo, decidirá la Tutela o Guarda judicial del menor, o encargará a los servicios de protección el estudio y valoración pertinente previo a la asunción de la medida de protección.

2.1.1.4. Derivado por Decisión del Fiscal.

El Fiscal en cumplimiento de su función de garantizar la superior vigilancia de los menores autoriza su ingreso en el Centro de Protección previa información de las instituciones encargadas de detectar posibles situaciones de riesgo y/o desamparo: GRUME, Agentes Tutores, Samur Social..., además de previas denuncias directas al Ministerio Fiscal de particulares o instituciones: Colegios, Familias, Centros de Salud, etcétera., y ordena mediante resolución o decreto, garantizar la protección del menor cuando considera que la situación conocida tiene indicadores claros de desamparo.

2.1.1.5. A instancia de los servicios de Seguridad del Estado.

Dentro de ellos podemos citar en primer lugar al GRUME, Guardia Civil, Policía local/ nacional, Agentes Tutores. Es necesario que se traiga un oficio donde se exprese el motivo del ingreso y la comunicación de que se da cuenta a la Fiscalía.

2.1.2. Documentación necesaria para el ingreso.

Para poder ingresar en el centro el menor tiene que venir con la documentación necesaria:

Oficio solicitando el ingreso del/la menor: tiene que ser realizado por Fiscalía de Menores o por el organismo policial que realice el ingreso, debe aparecer reflejado el motivo por lo que se pide el ingreso en el centro de 1ª Acogida Hortaleza y la comunicación al Ministerio Fiscal.

Documento identificativo del/la menor: si lo tuviese, en caso negativo, se le hará prueba radiológica que certifique su minoría de edad. (Ver Anexo VII).

Comunicado de Comisión de Tutela: en los casos que corresponda.

2.2. Motivos de ingreso reflejadas en el artículo 172 de la Ley del Código Civil 21/87.

Este protocolo comprende seis grandes niveles de actuación.

2.2.1. *Inadecuado ejercicio de los deberes de protección motivados por:*

Drogadicción de los padres.
Alcoholismo de los padres.
Separación de los padres.
Mendicidad/explotación económica del menor.
Malos tratos
Abusos sexuales
Desescolarización.
Conducta asocial del menor.
Drogadicción del menor.
Alteración de salud mental.

2.2.2. *Imposible ejercicio de los deberes de protección debido a:*

Extravío del menor.
Inhabilitación de la vivienda familiar.
Carencia de recursos económicos.
Carencia de recursos personales de los padres.
Enfermedad mental de los padres.
Enfermedad física de los padres.
Privación de libertad de los padres.
Orfandad del menor.
Fuga de este/de otro Centro
Situación irregular en España.

Solicitud de asilo del menor.
Finalización de la medida judicial firme. Libertad vigilada.
Finalización de medida cautelar de internamiento.
Traslado de expediente de otra Comunidad Autónoma.
Orden judicial.

2.2.3. Incumplimiento de los deberes de protección manifestado en:

Abandono materno/paterno del hogar.
Falta de cuidados mínimos.
Abandono del menor.
Renuncia del menor.
Devolución de acogimiento familiar.

2.2.4. Conflicto familiar.

Rechazo mutuo menor/familia.
Familia rechaza a menor.
Menor rechaza familia.
Expulsión del domicilio familiar.
Fuga del domicilio familiar.
Pérdida de autoridad de los padres.

2.2.5. Guardas o Tutelas.

Situación de Guarda.
Situación de Tutela.

2.2.6. Situación de Desamparo.

3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

La tesis tiene como objeto estudiar el estado de salud de los adolescentes que ingresan en el Centro de 1ª Acogida de Protección Hortaleza en la Comunidad de Madrid. De todos es conocido la preocupación de la sociedad por la llegada masiva de inmigrantes a España y la posible aparición de enfermedades que han sido erradicadas y por otras patologías que no son típicas de esta zona del planeta.

El fenómeno de la migración se enmarca en el contexto de cambios económicos, culturales y tecnológicos surgidos en las últimas décadas con el avance de la globalización. España no ha permanecido al margen de los flujos migratorios y es a mediados de la década de los noventa cuando comienza a detectarse la presencia de un número significativo de Menores Extranjeros No Acompañados (MENA) procedentes de África Subsahariana, Argelia, Marruecos y Rumanía.

Esta llegada ha tomado por sorpresa a los políticos y a la sociedad en general, los servicios de protección de menores no estaban diseñados para atender las necesidades de estos adolescentes por tal motivo han tenido que desarrollarse y coordinarse con los servicios centrales nuevos planes en cada Comunidad Autónoma para hacer frente a esta situación. (Bravo Rodríguez, R Mª 2005).

El estado español ha aprobado el instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña (1989) adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. BOE, núm. 313, del 31 de diciembre 1990, de la cual estamos orgullosos todos los españoles y no queremos renunciar a ello bajo ningún motivo, ni por ninguna otra ley de inmigración que impere en los países de la Unión Europea.

La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la madurez sujeta a cambios biológicos, psicológicos y sociales que tiene diferentes matices en la sociedad de bienestar en la que vivimos, “la cultura no sólo local si no europea, se degrada años tras año sumado a la influencia de la televisión tan soez que tenemos donde el único valor en alza es el dinero así como los patrones publicitarios en niños y jóvenes hacen posible la pérdida de valores en los aspectos de salud”. (Vall Combelles, O 2005).

Los estilos de vida están íntimamente ligados a los valores, a las prioridades y a las posibilidades o apremios prácticos de situaciones culturales religiosas, sociales y económicas. (Catford, J & Nutbeam 1985).

En el ámbito de la Salud Pública las razones a favor de la incorporación de la metodología cualitativa como complemento necesario de los métodos estadístico-epidemiológicos tradicionales han sido argumentadas por diferentes autores, tanto fuera como dentro de nuestro país. (Conde F, Pérez Andrés, C 1995., Faltermaier T 1997, Baum F 1997).

Previo a mi investigación sobre el estado de salud en el Centro de 1ª Acogida de Protección "Hortaleza" sólo se ha realizado un trabajo descriptivo de tipo cuantitativo. (Zahonero Coba, MM y col 2000).

Con nuestra investigación descriptiva de tipo mixta, deseamos desarrollar un proyecto de actuación común para toda España que nos permita obtener informes epidemiológicos sobre las enfermedades más frecuentes en los adolescentes. También materializamos una correlación clínico-radiológica para conocer la edad ósea real de los inmigrantes indocumentados y con ello darle la protección al que verdaderamente es menor de edad. Por primera vez se han descrito los trastornos verbo vocales que exhiben los adolescentes durante su estancia en el Centro de 1ª Acogida.

3.1. OBJETIVOS.

Debido a la gran preocupación que despierta la inmigración en las grandes ciudades españolas y sobre todo el peligro a contraer enfermedades nuevas o ya erradicadas en el territorio nacional, decidimos llevar a cabo éste estudio para:

Determinar el estado de salud, tanto de la población adolescente autóctona como inmigrante que ingresan en el Centro de 1ª Acogida de Protección Hortaleza.

Diagnosticar la presencia o no de enfermedades infecciosas, tales como: Hepatitis B, Hepatitis C, Tuberculosis Activa, Tuberculosis latente, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) como el VIH y la Sífilis.

Detectar las alteraciones de Salud Mental y los trastornos de conducta secundarios al consumo de tóxicos en estos menores.

Promover el establecimiento de hábitos de higiene bucodental y general desde la primera entrevista en la consulta médica, así como potenciar la prevención de enfermedades a través de la actualización de las vacunas según la edad cronológica.

Educar sobre el peligro del consumo de drogas lícitas e ilícitas y la importancia de realizar prácticas sexuales seguras.

Describir los trastornos verbovocales hallados en estos menores.

Determinar mediante pruebas radiológicas la edad ósea de los menores extranjeros no acompañados que por sus características antropométricas nos hacen pensar que son mayores de edad.

3.2. HIPÓTESIS.

Uno de los estereotipos más frecuentes en la sociedad en general, es que los adolescentes inmigrantes son antisociales y portadores de enfermedades. Las condiciones de vida en los países subdesarrollados de donde proceden la mayoría de nuestra población de estudio, es deficitaria porque carecen de lo más indispensable para vivir.

Esta situación nos hace pensar que los inmigrantes son portadores de enfermedades transmisibles a corto y a largo plazo.

A diferencia de la migración en la primera mitad del Siglo XX, los inmigrantes de nuestro trabajo son dentro de los desfavorecidos, los que más oportunidades tienen para asumir este reto, por lo que han de estar fuertes física y mentalmente.

Su capacidad de resiliencia debe ser puesta a prueba en el país de acogida, por tal motivo es nuestra intención investigar:

Nº 1. Es el estado de salud de los adolescentes autóctonos e inmigrantes satisfactorio.

Nº 2. Existen diferencias entre el estado de salud de los adolescentes autóctonos e inmigrantes.

Establecer la edad ósea con la que llegan algunos menores inmigrantes ha sido prioridad de nuestro Centro de 1ª Acogida para ello se coordinó desde el Instituto Madrileño del Menor y la Familia cita en Gran Vía 14, una interconsulta por parte de la médica del centro y la clínica radiológica que dirige el Dr. Abadal con el objeto de estudiar a aquellos menores inmigrantes que dadas sus características antropométricas nos hicieron pensar que tenían más de 18 años, no susceptibles, por tanto de la protección que ofrecen las Leyes del Estado Español.

Este hecho constituye una innovación y aportación de experiencias hacia otras comunidades autónomas para que se establezcan estudios radiológicos en la identificación de la mayoría de edad en los menores indocumentados que acceden a nuestro país.

Garamendi, PM y Landa, MI (2003), plantean que las variables antropométricas resultan poco fiables como indicadores de predicción de la edad forense estimada. Otro método radiológico tradicional, generalizado en nuestro

país, es el de Greulich y Pyle, ambos métodos, juntos como separados, son insuficientes para determinar la edad ósea; por tanto consideramos que es necesario añadir al examen antropométrico tradicional 3 tipos de radiografías: Método de Greulich-Pyle/TW-RUS, Test de Risser y el Método de Demirjian. (Tanner, J et al 1997, Dermijian, A et al 1973).

Nº 3. La correlación clínico-radiológica permite objetivamente determinar la Edad Ósea en los menores extranjeros no acompañados (MENA).

3.3. MATERIAL Y MÉTODOS.

3.3.1. Instrumentos y material utilizados.

Se han empleado los instrumentos siguientes: informes médicos, el decálogo de normas de higiene bucodental y general, informes educativos e informes escolares, a continuación describiremos cada uno de ellos.

3.3.1.1. Informe Médico.

Este ha sido elaborado por la doctoranda, desde su incorporación el 11 de Junio de 2002 al Centro de 1ª Acogida “Hortaleza”. Se describe en algunas partes de forma literal o puntuando y/o seleccionando campos.

El informe consta de las siguientes partes:

Datos Personales: en el caso de los adolescentes autóctonos y de aquellos que están legales la filiación es la correcta; no siendo así en los menores indocumentados. Se registran: apellidos y nombre, fecha de nacimiento, fecha de ingreso, motivo de ingreso, sexo, número de historia clínica y procedencia. En el caso de inmigrantes cuya fecha de nacimiento no conste en documento oficial, dicha fecha se registra a primero de enero y a primero de julio del año, según el dato consignado en la prueba radiológica.

Antecedentes Familiares y Personales Relevantes: preguntamos en primer lugar el estado de salud de los padres, hermanos y de los que conviven con él hasta ese momento, se hace hincapié en sí padecen enfermedades crónicas del tipo: asma bronquial, diabetes, enfermedades neurológicas, cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedades psiquiátricas.

En los antecedentes personales preguntamos si han tenido alguna enfermedad en la infancia, si son alérgicos a alimentos, medicamentos, ácaros, al polen, picaduras de insectos...

Intervenciones quirúrgicas: a causa de vegetaciones, amígdalas, apendicitis, hernias, o por fractura de algún miembro.

En relación a los hábitos tóxicos: preguntamos si fuma o consume drogas, alcohol, cocaína, etc.

En el apartado de vacunas recabamos información sobre si tienen o no actualizadas las mismas. En el caso de los inmigrantes verificamos si tienen o no la huella de la vacuna del BCG en el deltoide izquierdo.

Exámen Físico Actual: aquí señalamos el biotipo siguiendo la tipología de Kretschmer, E (2002), si es Atlético, Brevilíneo, Leptosómico o Displásico.

A continuación detallamos el Peso y la Talla en kilogramos y centímetros respectivamente, además de reflejar el percentil para cada uno y el índice de masa corporal.

Cráneo y Cara: Describimos las heridas, tumoraciones, que puedan aparecer en el cráneo o en la cara, así como la presencia de acné, manchas de origen micótico, y piercings en nariz, cejas, y labios.

Mucosas: Anotamos si están normocoloreadas o hipocoloreadas esto nos induce a pensar en la existencia o no de anemia.

Reflejos Pupilares: se exploran con luz, para determinar si existen o no un buen reflejo pupilar.

Agudeza Visual: Se explora, mediante el uso de los Optotipos Snellen, establecidos en las consultas de Pediatría.

Otoscopia: Se explora el conducto auditivo externo, la membrana timpánica para descartar infecciones agudas o crónicas. Describimos el número de piercings en ambos lóbulos.

Orofaringe: Se describe como normal, con enrojecimiento o con la presencia de tapones de Dietrich presentes o no (exudados).

Boca: si aparecen o no caries, si existe o no frenillo sublingual, piercings en el tercio anterior; si la encía está inflamada, y contamos además el número total de piezas dentarias.

Cuello: comprobamos si tienen o no adenopatías, en caso de existir se adjunta el tipo de consistencia y el tamaño. En relación al tiroides, describimos si es o no palpable, o está aumentado de tamaño, o si existen cicatrices en el cuello.

Aparato Respiratorio: a la auscultación detectamos si existen estertores roncós, sibilantes y crepitantes. Además señalamos la frecuencia respiratoria.

Aparato Cardiovascular: se evalúa si los ruidos cardíacos son rítmicos o no. Si hay soplos describiremos los grados, también la frecuencia cardíaca y la tensión arterial.

Abdomen: comprobamos si es blando, depresible o si se palpan tumoraciones y/o visceromegalias, si están presentes los ruidos hidroaéreos. Si existen o no hernias umbilicales. Se palpa el punto de Mac Burney en la fosa ilíaca derecha, para comprobar si es o no doloroso, así como también los puntos pieló y ureterales anteriores y posteriores si son dolorosos o no.

Observamos si los genitales externos están normales, siempre en presencia de una tercera persona, DUE, Mediadora cultural y/o educador. En el caso de ser una mujer se describe la edad de la Menarquia y la fecha de la última menstruación. Si está embarazada se adjunta la fecha de la última regla y se le añade la fecha probable de parto, así como también se anotan los abortos espontáneos o provocados y los partos o cesáreas.

Tejido Celular Subcutáneo: comprobamos el estado de hidratación de la piel, así como la presencia de edemas en los miembros inferiores. Describimos las cicatrices, nevus y hematomas.

Sistema Osteo Mio Articular (SOMA): se exploran ambos reflejos rotulianos, si existen o no, o están exagerados.

Sistema Nervioso (S.N): examinamos los pares craneales y si existe o no rigidez de nuca.

Con todo lo señalado obtenemos una impresión diagnóstica y en concordancia con ella instauramos un tratamiento si lo precisa y damos las recomendaciones pertinentes tales como: actualización de vacunas, valoración por el odontólogo o remisión al especialista que consideremos oportuno.

Durante la primera consulta se da lectura al decálogo de normas de higiene, éste se ha traducido al árabe, francés, inglés y al rumano con el objeto de brindárselos a cada uno en su lengua materna. El informe médico se considera confidencial. (Ver Anexo No IV).

Comunidad de Madrid

Centro de 1ª Acogida de Protección "HORTALEZA"
C/ Valdetorres de Jarama, 1 CP. 28043. MADRID.
Teléfono: (91) 764.29.00 Fax.: (91) 381.60.99.

INFORME MÉDICO

❖ APELLIDOS Y NOMBRE:		❖ SEXO:	
❖ FECHA DE NACIMIENTO:		❖ Nº H.C.:	
❖ F. INGRESO:		❖ PROCEDENCIA:	
❖ M. INGRESO:			

ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES RELEVANTES.

ALERGIAS CONOCIDAS:

- MEDICAMENTOS
- ALIMENTOS
- OTROS

HÁBITOS TÓXICOS:

- FUMADOR DROGAS
- Alcohol + Cannabis + Cocaína

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

VACUNAS: ACTUALIZADAS
NO ACTUALIZADA
BCG: HUELLA:

EXAMEN FÍSICO ACTUAL

Biotipo: Normolíneo Brevilíneo Atlético Leptosómico Displásico Otros

Peso: KG Percentil: **Talla:** CM Percentil: **I.M.C.**

Cabeza: Cráneo: NORMAL **Cara:**

Mucosas: Hipocoloreadas **Reflejo Pupilar: Directo y Consensual:** SI NO

Normocoloreadas **Agudeza Visual:** . OD. 1 . OI. 1

Otoscopia D: NORMAL **Otoscopia I: NORMAL**

Orofaringe: NORMAL. AMÍGDALAS SIN EXUDADOS.

Boca: CARIES: SI NO . **Lengua:** Frenillo sublingual: SI NO . **F.D.:**

Cuello: ADENOPATÍAS: SI cm. Consistencia: **TIROIDES.** NO PALPABLE
NO

A.R: Murmullo vesicular normal se auscultan estertores: Roncos Sibilantes Crepitantes . **F.R.:** / MIN

A.C.V: Ruidos cardíacos rítmicos de buen tono. Soplos: SI GRADO: NO **F.C.:** LAT / MIN **T.A.:** /

ABDOMEN: Blando depresible, ...no... se palpan visceromegalias. Ruidos hidroaéreos presentes. **Hernias:** SI NO

Punto Mac Burney: POSITIVO NEGATIVO: **P.P.R.U.** anteriores y posteriores dolorosos: SI NO

Genitales: Normales.

TCS: Piel: Hidratada SI NO . **Edemas:** MMII SI NO .

SOMA: Reflejos rotulianos: Presentes SI NO . **S.N.** No signos meníngeos. Pares craneales s/jalt.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: ADOLESCENTE CON PESO Y TALLA.....

TRATAMIENTO ACTUAL:

RECOMENDACIONES:

ACTUALIZACIÓN DE VACUNAS

VALORACIÓN POR EL ODONTÓLOGO

DRA. FABRI ADA PRADA BELVER.
MADRID, OCTUBRE DE 2008.
Nº COLEGIADO 48.792.

3.3.1.2. Informe Educativo.

Es realizado por los Educadores previa asignación por la dirección del centro.

Datos Identificativos: incluyen el nombre y los apellidos, la fecha en que nació, el país de procedencia, si ha logrado regularizar su situación en España y la fecha en que llegó al centro.

Momento del Ingreso: aquí se describe por quién vino acompañado: GRUME, Guardia Civil, Policía nacional / local, orden judicial, fin de medida cautelar, etcétera.

El motivo por el que ingresó: malos tratos, situación irregular en España, devolución de acogimiento familiar, fuga del domicilio familiar, situación de guarda, situación de tutela, situación de desamparo...

Se comprueba su estado de ánimo, si está deprimido, agresivo, desafiante.

Aspecto: si está escayolado, desaliñado, si viene con síntomas de consumo de drogas.

Se comprueba como reacciona ante las explicaciones que recibe del educador que le acoge. Si se comporta de forma respetuosa, si está indiferente, expectante.

Adaptación al Centro: si cumple con las rutinas: levantada, acostada, horarios de colegio, comidas, visitas a la enfermería, si respeta los límites.

Relación con los iguales: si se integra al grupo, es líder, se aísla o pasa desapercibido.

Relación con los adultos: es de respeto, dependencia, llamadas de atención.

Hábitos individuales: mantiene una higiene adecuada, correctos hábitos alimenticios: desayuno, merienda, comida, merienda y cena. Duerme las horas reglamentadas. Fuma o no. Consume otros tóxicos.

Ocio y tiempo libre: participa o no en las actividades del centro: fútbol, gimnasio, fútbolín, talleres de artesanía, participa en las salidas programadas fuera del centro: individuales y grupales.

Relaciones con la familia: si visita o es visitado por sus familiares; si recibe o realiza llamadas a su familia.

Expectativas de futuro: si desean aprender un oficio, seguir estudiando, comenzar a trabajar, si quieren regresar con sus padres o establecerse con algún familiar cercano; en el caso de los menores inmigrantes si desean retornar a sus países de origen o prefieren marcharse junto a otros familiares que viven en Europa.

Conclusiones: se determina si es adecuado derivarlo a otro recurso de la red de protección o si debe regresar al domicilio con sus familiares.

DATOS IDENTIFICATIVOS.

Nombre.
Fecha de nacimiento.
Procedencia.
Situación legal.
Fecha de ingreso

MOMENTO DEL INGRESO. Acompañado de..., motivo del ingreso, estado de ánimo, aspecto, cómo reacciona ante las explicaciones del adulto de cómo funciona el centro...etcétera...

ADAPTACIÓN AL CENTRO. Rutinas, vida cotidiana normas, límites, horarios...etcétera...

RELACIÓN CON LOS IGUALES.

RELACIÓN CON LOS ADULTOS.

HÁBITOS INDIVIDUALES.

Higiene.
Alimentación.
Sueño.
Salud (fumador, tóxicos).

OCIO Y TIEMPO LIBRE. Actividades en el centro, salidas en grupo, salidas solo. Cómo se organiza los tiempos.

RELACIONES CON LA FAMILIA. Visitas, llamadas...

EXPECTATIVAS DE FUTURO.

CONCLUSIÓN.

El Educador/a.
Fecha y Firma.

3.3.1.3. Informe Escolar Alumna/o Inmigrante.

Se confecciona por los profesores pertenecientes al Colegio Público “Hortaleza” que reside en el Centro de 1ª Acogida. En el caso de los marroquíes, y los menores procedentes de las antiguas excolonias de habla francesa se necesita la presencia de la “mediadora cultural” y de la “traductora o traductor” en el caso de ingleses y rumanos.

Datos de identificación: aquí se refleja su nombre y su apellido, el día, mes y el año en que nació y la edad que tiene, el país del que procede, la fecha de llegada a España y el día, mes y año en que ingresó en la escuela de acogida.

Instrumento utilizado de exploración: se utilizan libros, láminas y otros materiales didácticos.

Nivel de conocimiento del idioma español: mediante unos protocolos elaborados previamente, se comprueba si la comprensión y expresión del idioma español, es alto medio o bajo; así como su nivel de lectura y escritura.

Orientación aconsejada: según su nivel escolar se le orientará: asistir a un aula de bienvenida o continuar en el primero o segundo ciclo de la ESO, asistir a un aula taller o de compensación educativa, iniciarse en el mundo laboral o bien en un programa de cualificación profesional inicial.

Historial académico: estudios que ha realizado en su país o en el territorio nacional, se solicita documentación oficial de la información que transmite el menor con el fin de comprobar si los programas de estudios son homologables.

Actitud ante los aprendizajes: respeto de las normas en el aula y fuera de esta, descubrimiento de sus actitudes y aptitudes, diligencia por realizar una u otra tarea.

Socialización: grado de adaptación al entorno, integración con sus compañeros y profesores.

Contenidos trabajados en el aula de acogida: depende de su nivel de conocimiento del español, podremos avanzar en contenidos de geografía, historia, y ciencias naturales.

Conclusiones: nos permite realizar un informe que el alumno llevará a su centro de destino. Estos datos sólo reflejan un momento en el desarrollo evolutivo del/la menor y están basados en la observación de su comportamiento y en las actividades escolares que ha realizado en un período de tiempo breve. No son concluyentes. Todo estará firmado por su profesor y/o profesora y aparecerá la fecha en que fue realizado.

C.P. "HORTALEZA"
Centro de 1ª Acogida de Protección.
Tfno.: 91 764 29 00 / 91 764 29 43.

MODELO DE INFORME ESCOLAR Alumna/o inmigrante

- 1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN
ALUMNA/O:
FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:
PROCEDENCIA:
FECHA DE LLEGADA A ESPAÑA:
FECHA DE INGRESO EN LA ESCUELA DE ACOGIDA:
- 2.- INSTRUMENTO UTILIZADO DE EXPLORACIÓN:
- 3.- NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL IDIOMA ESPAÑOL: Oral, escrito, expresión, comprensión...
- 4.- ORIENTACIÓN ACONSEJADA: Aula de enlace, E.S.O, taller, A.C.E, actividad laboral...
- 5.- HISTORIAL ACADÉMICO: Escolarización en su país y/o en España, nivel cultural...
- 6.- ACTITUD ANTE LOS APRENDIZAJES: Adaptación al aula, motivación, habilidades, destrezas, expectativas...
- 7.- SOCIALIZACIÓN: Comportamiento, relación con compañeros y adultos, habilidades sociales...
- 8.- CONTENIDOS TRABAJADOS EN EL AULA DE ACOGIDA: Alfabetización, matemáticas, geografía, conocimiento del entorno, talleres...

CONCLUSIÓN:

Fecha:

Firma:

El Profesor/a:

3.3.1.4. Informe Escolar Alumna/o Español/a.

Es idéntico al anterior, excepto en que se omite el nivel de conocimiento del idioma español y se sustituye por el nivel curricular, que consiste en saber qué curso fue el último que aprobó el estudiante y en qué colegio está matriculado, si recibe algún apoyo o no y cual es su grado de absentismo escolar:

C.P. “HORTALEZA.”

Centro de 1ª Acogida de Protección.

Tfno.: (91) 764 29 00 / (91) 764 29 43.

MODELO DE INFORME ESCOLAR Alumna/o Español/a

- 1.- **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**
ALUMNA/O:
FECHA DE NACIMIENTO: **EDAD:**
PROCEDENCIA:
FECHA DE INGRESO EN EL COLEGIO DE ACOGIDA:
- 2.- **INSTRUMENTO UTILIZADO DE EXPLORACIÓN:**
- 3.- **SITUACIÓN ACADÉMICA ACTUAL:** Dónde está matriculado, curso, apoyos, absentismo...
- 4.- **NIVEL CURRICULAR:**
- 5.- **ORIENTACIÓN ACONSEJADA:**
- 6.- **HISTORIAL ACADÉMICO:** Centros en los que ha estado escolarizada/o
- 7.- **ACTITUD PERSONAL ANTE LOS APRENDIZAJES:** Adaptación al aula, motivación, habilidades, destrezas, expectativas...
- 8.- **SOCIALIZACIÓN:** Comportamiento, relación con compañeros/as y adultos, habilidades sociales...
- 9.- **CONTENIDOS TRABAJADOS EN EL AULA DE ACOGIDA:**

CONCLUSIÓN:

Fecha:

Firma:

El Profesor/a:

3.3.1.5. Material técnico empleado.

El registro y tratamiento de datos cualitativos, cuantitativos y de filiación ha sido realizado con la herramienta ofimática de base de datos Microsoft Office Access 2003 SP2 (Microsoft Corporation 1992-2003) facilitada por la Agencia de Informática y Comunicación de la Comunidad de Madrid (ICM) instaurada en el 2003, en el Centro de Primera Acogida de Protección “Hortaleza”.

Para la ejecución de los test estadísticos se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 15.0 (SPSS Inc. 1989-2006), facilitado por la Agencia de Informática y Comunicación de la Comunidad de Madrid (ICM).

Las medidas estadísticas incluyen para los parámetros cuantitativos evaluados una aproximación al análisis de la distribución mediante gráficas de diagramas de dispersión en relación con el peso y la talla y el sexo.

La descripción de la distribución de los datos cuantitativos obtenidos se resume mediante el cálculo de ciertos índices como la media aritmética, desviación estándar, mediana, índice de curtosis...

El estudio de la edad ósea se realizó mediante el índice de Kappa ya que las técnicas empleadas por los observadores para llegar a un juicio de valor son distintas.

En todos los test estadísticos se adoptó nivel crítico en $p < 0.005$.

3.3.2. Métodos.

3.3.2.1. Informe médico.

Se ha establecido por Protocolo en el Servicio de Enfermería que los menores ingresados han de ser valorados en las primeras 72 horas. Inicialmente son atendidos por la dirección y acto seguido son examinados por la médica o en su ausencia por los enfermeros; contamos para ello con la ayuda de la “mediadora cultural” en los que hablan el árabe y el francés, para los de origen rumano necesitamos la presencia de un traductor/ra, con los de habla inglesa no tenemos dificultad alguna para entrevistarlos.

Una vez que se ha terminado la historia clínica, se les realiza test de embarazo a las féminas y siempre que fuman, test de drogas a ambos sexos. Si requieren tratamiento tópico o por vía oral se instauran inmediatamente.

Al finalizar el examen físico se procede a realizar la Prueba de la Tuberculina la cual se lee en las 48 o 72 horas siguientes, en caso de ser positiva se les informa a los educadores, a la dirección del centro y a las técnicas de la Zona de Acción Tutelar III para que sean tutelados las/los menores y posteriormente inscritos en la Seguridad Social con la intención de enviarlos a la Consulta de Infecciosos en el Hospital Carlos III del Dr. Pablo Martín Fontelos, donde le hacen una radiografía de tórax ese mismo día para descartar una Tuberculosis activa, gestión coordinada por la médica entre el centro de 1ª Acogida y el Hospital Carlos III desde el 14/09/2004.

De lunes a viernes, se realiza una hoja informativa dirigida a los Educadores para que conozcan quienes son los menores que tienen medicación a diario y cuantas veces han de acudir al servicio de enfermería.

Con el objeto de facilitar la información a los Educadores de fin de semana se deja reflejado en la hoja de los Viernes los aspectos más relevantes que deben orientarlos hacia los pacientes que estén en riesgo o necesiten una atención más directa.

Todos los martes se hacen analíticas, por lo general los viernes de la misma semana tenemos los resultados, esto nos permite conocer el estado hematológico, hormonal y los marcadores serológicos de Hepatitis B, Hepatitis C y VIH, Serología luética: "Screening" Treponémico (CLIA) en ambos sexos. Determinación de Serología de herpes virus: Virus Herpes Simplex. IgG (CLIA) y Citomegalovirus. IgG (CLIA). Serología viral: Virus Rubeola. IgG (CLIA) y Serología parasitaria: Toxoplasma. IgG (CLIA) en las mujeres.

En aquellos menores que por sus antecedentes de consumo de tóxicos, y trastornos de conducta, exhiban conductas "disruptivas" los valora la psicóloga del centro y posteriormente se coordina con la Unidad de Adolescente del Servicio de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón bien para su ingreso o para que sea atendido en la Consulta Externa.

A las/los menores que ingresan por Malos tratos, se les hace una valoración psicológica y se les da el apoyo emocional necesario por parte de todos los profesionales, para intentar equilibrarlos desde que llegan.

Las/los adolescentes que necesitan cualquier otra valoración por un especialista, se les pide cita en el Hospital "Gregorio Marañón", en el área 4 del IMSALUD que es a la que corresponde el Centro de 1ª Acogida, o en los centros de especialidades de las áreas donde han sido atendidos previamente para no perder la relación médico-paciente establecida.

En relación a los Menores No Acompañados (MENA), a todos aquellos que por sus características antropométricas, el número de piezas dentarias y sus caracteres sexuales secundarios nos hagan pensar que son mayores de 18 años, se les envía a la Clínica Abadal, para efectuarle estudios radiológicos complementarios y establecer la verdadera edad ósea, si tienen dieciocho o más salen de la red de protección y si es menor continúa en el Centro de 1ª Acogida.

En el caso de las menores embarazadas que no desean continuar su gestación, existe una coordinación con la Clínica Isadora, donde se le indica una ecografía inicial para determinar la edad gestacional en la primera consulta, luego una valoración psiquiátrica y posteriormente con la autorización de la Comisión de Tutela se adjunta toda la documentación y si se autoriza la interrupción voluntaria del embarazo se realizará en dicha clínica, siendo atendida el tiempo necesario hasta que sea dada el alta.

Todos estos embarazos indeseados tienen una causa multifactorial, en ello coincidimos con el informe del Ministerio de Sanidad y Consumo (2006) cuando expresa: *la iniciación sexual temprana puede conllevar efectos no deseados diferentes para cada una de las mujeres.*

Los embarazos no programados y las infecciones de transmisión sexual se encuentran entre los principales, seguidos por la interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos. En este sentido es necesario destacar las dificultades que pueden encontrar esas adolescentes para protegerse ante prácticas sexuales de riesgo. (Velasco, S 2002, 2003).

3.3.2.2. Informe educativo.

Es una primera evaluación del adolescente que ingresa en el centro para ser derivado a otro recurso o el retorno a su familia.

Recoge: *Datos identificativos*: Nombre, Edad, Fecha de ingreso, Lugar de nacimiento (Procedencia). Situación Legal. Es muy importante recolectar en *el momento del ingreso*: qué cuenta el menor, por qué piensa que está aquí, como vive la situación. En qué estado llega: limpio, hambriento, asustado, nervioso, ¿siente alivio al llegar?...

Adaptación al centro: acepta normas, límites cumple rutinas y horarios establecidos, participa en la dinámica del centro.

Relación con el grupo de iguales: se relaciona con chicos/as, con todos, sólo con los de su país. Es aceptado por los otros, se integra bien en el grupo, trata con respeto a todas/os, etc.

Relación con los adultos: tiene una relación de respeto y confianza. Es capaz de hablar con los educadores de sus sentimientos, expectativas, acepta las indicaciones de los adultos.

Hábitos: higiene general y personal, (aseo, el orden de los espacios comunes y propios), la alimentación. Consumo de tóxicos. Sueño.

Ocio y Tiempo Libre: en este apartado se describen las actividades deportivas en el centro bien sea en el gimnasio, jugando al fútbol, voleibol, como se manifiestan en las salidas con el grupo los fines de semana, si es o no solidario, si está aislado. En el caso de salir sólo, se describe cómo regresa al centro, si tiene o no signos de haber consumido tóxicos: enrojecimiento ocular, olor a tabaco y/o alcohol, si está agresivo, si está triste o regresa alegre.

Relaciones familiares: mantiene contactos con la familia bien sea telefónico, por carta, recibe visitas, sale a su casa. Cuando retorna de ver a su familia cómo reacciona, ¿se queda triste?, ¿desea volver a verles?, las relaciones afectivas son frías, emotivas, hay un buen vínculo con los padres, hermanos o no.

Mundo laboral: ¿está bien preparado?, ¿busca empleo?, ¿ha trabajado previamente?. ¿Es responsable en el trabajo?. ¿Estudia?.. Curso, nivel de interés...

Expectativas de futuro. Es consciente de su realidad o de lo contrario fantasea con su futuro. Se plantea alternativas. Sabe que comienza una etapa distinta en su vida y debe aprovechar esta oportunidad.

Conclusión.

De cara a otro recurso o vuelta al domicilio familiar. Se describen pequeñas pinceladas que recogen todo lo mencionado anteriormente y donde se destaca el grado de autonomía, responsabilidad, madurez, etcétera que aconsejen un tipo u otro de recurso, si necesita o no supervisión, si es fácil convivir con las / los menores...

El informe educativo que acompaña a cada uno de los adolescentes del Centro de 1ª Acogida Hortaleza es meramente orientativo y corresponde a un período de observación corto y muy concreto.

Aspectos a tener en cuenta para su evolución:

- Recopilar el mayor número de datos posibles en el momento del ingreso.
- La presencia educativa es fundamental para una buena observación, además de consultar el parte diario y poder contrastar la información del menor reflejada en cada turno.
- Participación y lectura de las Comisiones de Orientación.
- Entrevistas individuales.
- Charlas informales, individuales y en grupos.

3.3.2.3. Informe escolar.

Cuando el alumno entra por primera vez en el aula, se dialoga con él de forma distendida, interesándonos por su historia personal y escolar para tratar de facilitar su integración en el grupo y rebajar los niveles de ansiedad.

Con todos los menores empleamos una pedagogía de presencia, paciencia y cercanía, en ocasiones un profesor tiene que estar solamente con uno o dos alumnos durante los primeros días, antes de incorporarlos a los diversos niveles de aprendizaje en los distintos grupos. A veces esto se hace inviable ya que el menor se encuentra “nervioso”, “agresivo”, “deprimido” o tiene tratamiento psiquiátrico y lo único que funciona son los talleres (jardinería o carpintería) de forma individualizada, dificultando su integración plena al proceso educativo.

Posteriormente ofrecemos diversos materiales con los que sondeamos su nivel escolar aproximado y efectuamos una Evaluación Inicial. Esta será realizada por el director o por el jefe de estudios, debemos distinguir si habla español o no, es posible que se necesite el mediador – traductor, si no conoce el castellano se le entrega una ficha de identificación que rellenará en su idioma.

Si es hispanohablante se les hará una evaluación de lengua, literatura, matemática, geografía y naturales para ubicarlos en el nivel académico adecuado. Una vez realizado este primer paso, continuamos ofertando distintas actividades, siempre personalizadas, de las diversas áreas

curriculares, especialmente las referidas a las de la comunicación y representación.

Este trabajo: observación, investigación, y seguimiento nos facilita la información necesaria para la Evaluación Final que plasmamos en un informe escolar que acompaña al alumno al nuevo colegio. En algunos casos damos al chica/o materiales escolares de diferentes áreas de trabajo para que lo realicen en los primeros días de su nuevo destino.

Dado las peculiaridades de estos alumnos no solamente impartimos contenidos curriculares sino que también tratamos temas de interés para los adolescentes como: las drogas, el trabajo, la convivencia, el medio ambiente, el racismo, la xenofobia y se efectúan diversos talleres de carpintería, cuero, cestería, abalorios y jardinería, alternándonos con repaso de contenidos elementales fundamentalmente lenguaje y matemáticas.

Los alumnos que se encuentran escolarizados (autóctonos), se les realiza un seguimiento continuando temarios, programaciones y exámenes que son supervisados por tutores y profesores de los institutos de referencia.

4. RESULTADOS

4.1. RESULTADOS CUANTITATIVOS DE LOS DATOS CLÍNICOS.

En este apartado presentamos cada una de las variables objeto de investigación haciendo alusión expresa en cada una de ellas, al sexo a que pertenecen y a si son o no autóctonos.

4.1.1. Total de ingresos.

En nuestro estudio realizado desde el año 2003 al 2007 fueron atendidos en el Servicio de Enfermería 1408 adolescentes. De ellos 458 eran mujeres y 950 hombres. En el 2003, se vieron 268 para 19,03 %; en el 2004, 280 para un 19,89 %; en el 2005, 332 para un 23,58 %; en el 2006, 242 para un 17,19 % y en el 2007, 286 para un 20,31 %. Ver Tabla 4.1 y Gráfico 4.1.

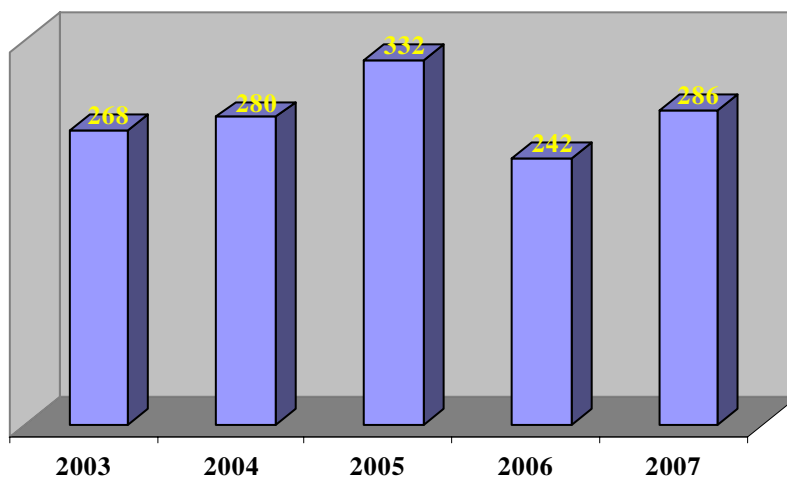
TOTAL DE INGRESOS POR AÑO Y SEXO

	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Mujeres	72	103	87	88	108	458
Hombres	196	177	245	154	178	950
Total	268	280	332	242	286	1408

Tabla 4.1 Total de Ingresos por Año y Sexo

GRÁFICO 4.1

TOTAL DE INGRESOS POR AÑO



4.1.1.1. Ingresos por Sexo y Origen.

En el Gráfico 4.2, Descripción de Ingresos por Sexo y Origen, podemos constatar que en el año 2003 la mayor afluencia ha sido de varones inmigrantes, seguidos de chicas españolas, chicas inmigrantes y por último varones autóctonos.

Durante el 2004 el mayor número correspondió a varones inmigrantes, seguidos de chicas inmigrantes, chicas españolas y varones autóctonos.

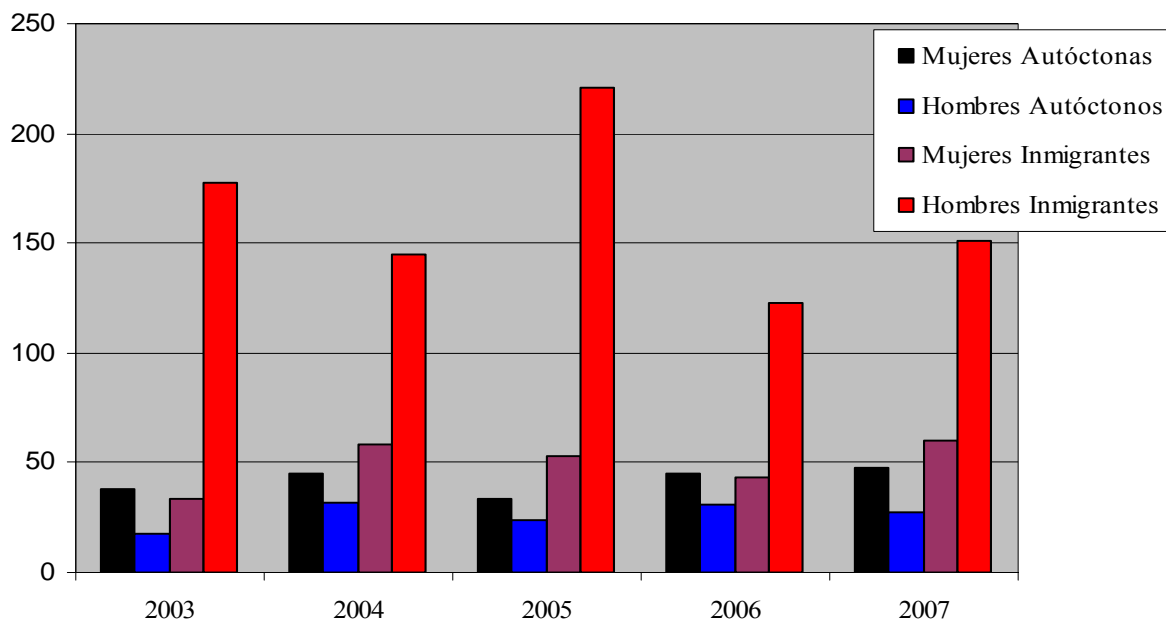
En el transcurso del 2005, prevalecieron los inmigrantes masculino y femenino, sobre los autóctonos.

En año 2006, se caracterizó por la presencia de inmigrantes masculinos, seguidos de chicas autóctonas, chicas inmigrantes y varones autóctonos.

El curso 2007, recibió más inmigrantes de ambos sexos que hombres y mujeres autóctonos.

GRÁFICO 4.2

INGRESOS POR SEXO Y ORIGEN



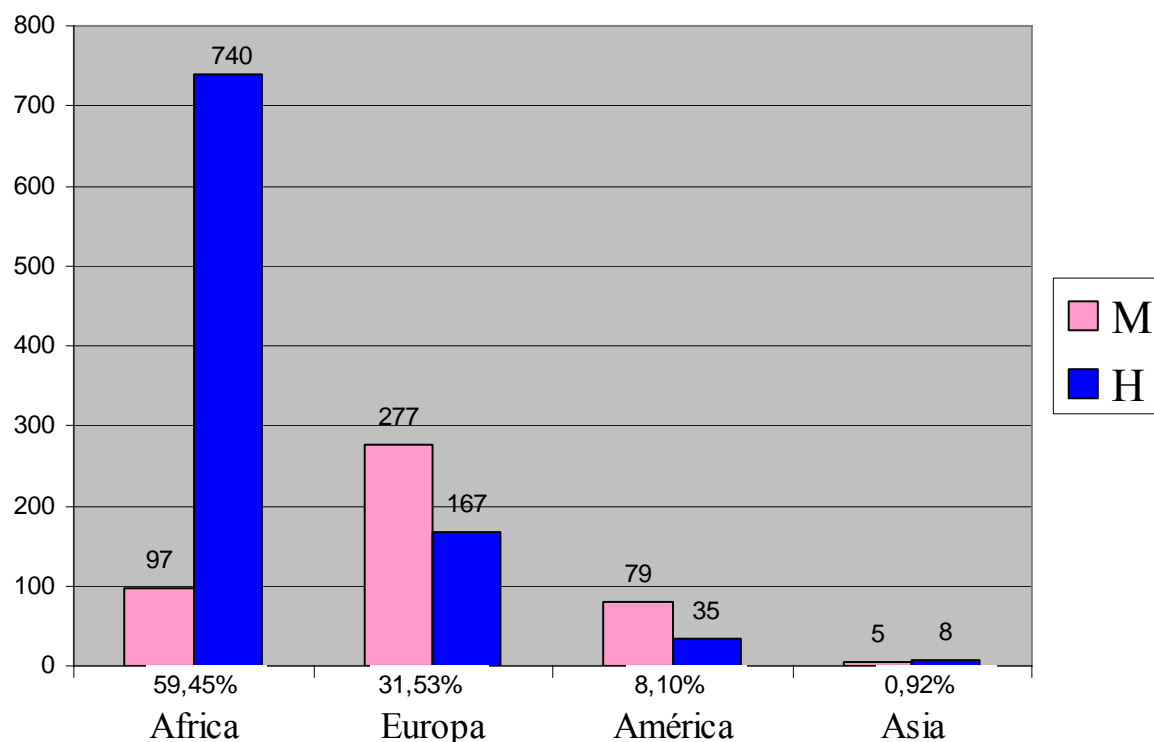
4.1.2. Ingresos por Continente.

El Continente que aportó mayor número de adolescentes fue África (59,45%) seguido por Europa (31,53%) y América (8,10%), en último lugar con un número poco representativo Asia (0,92%).

Podemos destacar que la mayor cantidad de varones, 740 eran africanos, mientras que el número más significativo de mujeres, 277 procedían de Europa. Ver Gráfico 4.3.

GRÁFICO 4.3

INGRESOS POR CONTINENTE



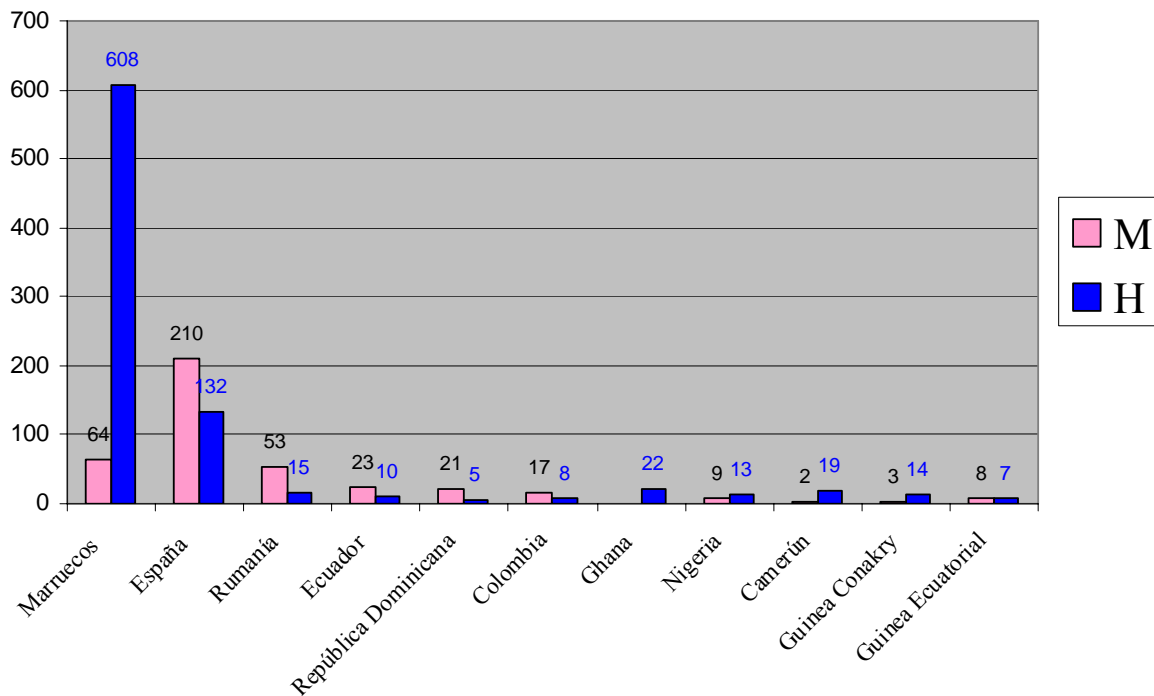
4.1.2.1. Países de Procedencia.

Los países de procedencia que aportaron mayor número de inmigrantes han sido en primer lugar Marruecos, seguido por España, Rumanía, Ecuador, República Dominicana, Colombia, Ghana, Nigeria, Camerún, Guinea Conakry y Guinea Ecuatorial.

Es notable que las mujeres han predominado en España, Rumanía, Ecuador, República Dominicana, Colombia y Guinea Ecuatorial. Ver Gráfico 4.4.

GRÁFICO 4.4

PAÍSES DE PROCEDENCIA



4.1.3. Motivos de ingreso.

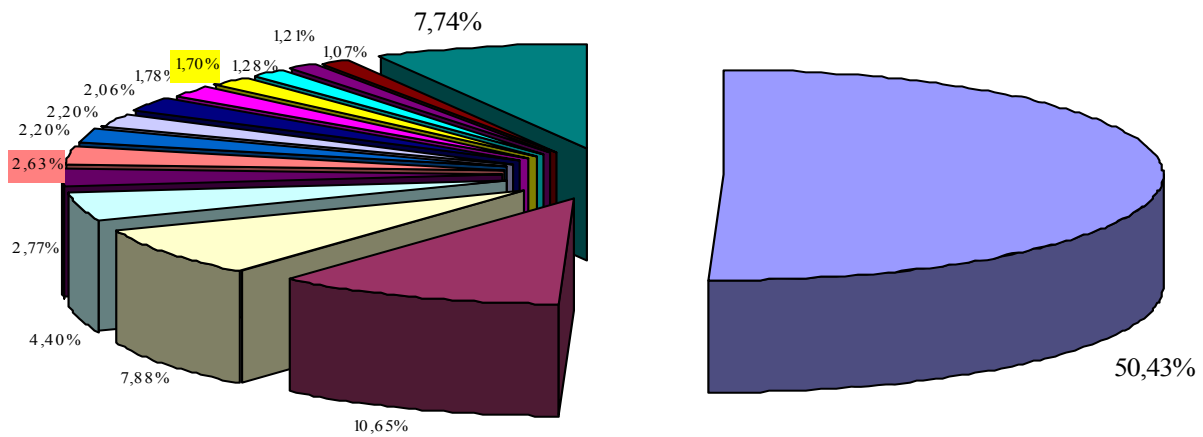
Los principales motivos de ingreso a nuestro Centro de 1ª Acogida han sido en primer lugar: la Situación Irregular en España con un 50,43%, seguido por Malos tratos con un 10,65%, Conflicto Familiar con un 7,88% y por Situación de Desamparo un 4,40 %, Fuga de este/de otro centro con un 2,77 %, por Conducta Asocial 2,63%, Mendicidad/Explotación Económica 2,20% Situación de Guarda 2,20%, Fuga del Domicilio Familiar 2,06%, Expulsión del Domicilio Familiar 1,78%, Rechazo mutuo menor/familia 1,70%, Situación de Tutela 1,28 %, Fin de medida cautelar 1,21%, Familia Rechaza Menor 1,07 y el resto con un 7,74 %. Ver Tabla 4.2 y Gráfico 4.5.

Motivos de Ingreso	n_i	P_i
Situación irregular en España	710	50,43
Malos tratos	150	10,65
Conflicto familiar	111	7,88
Situación de Desamparo	62	4,40
Fuga de este/de otro Centro	39	2,77
Conducta Asocial del menor	37	2,63
Mendicidad/Explotación económica	31	2,20
Situación de Guarda	31	2,20
Fuga del domicilio familiar	29	2,06
Expulsión del domicilio familiar	25	1,78
Rechazo mutuo menor/familia	24	1,70
Situación de Tutela	18	1,28
Finalización de medida cautelar de internamiento	17	1,21
Familia rechaza al menor	15	1,07
Devolución de Acogimiento Familiar	12	0,85
Orden Judicial	12	0,85
Solicitud de asilo del menor	12	0,85
Finalización de medida judicial firme. Libertad Vigilada	11	0,78
Abandono del menor	9	0,64
Abusos sexuales	9	0,64
Alteración de salud mental	9	0,64
Drogadicción del menor	9	0,64
Imposible Ejercicio	5	0,36
Menor rechaza a familia	5	0,36
Inhabilitabilidad de la vivienda familiar	3	0,21
Carencia de Recursos Económicos	2	0,14
Extravío del menor	2	0,14
Orfandad del menor	2	0,14
Drogadicción de los padres	1	0,07
Enfermedad mental de los padres	1	0,07
Falta de cuidados mínimos	1	0,07
Inadecuado Ejercicio	1	0,07
Incumplimiento de Deberes	1	0,07
Privación de libertad de los padres	1	0,07
Renuncia al menor	1	0,07
Total	1408	100%

Tabla 4.2 Motivos de Ingreso

n_i número de menores del ítem;
P_i porcentaje del ítem respecto al total

GRÁFICO 4.5
MOTIVOS DE INGRESO



- | | |
|--|------------------------------------|
| ■ Situación irregular en España | ■ Malos tratos |
| ■ Conflicto familiar | ■ Situación de Desamparo |
| ■ Fuga de este/de otro Centro | ■ Conducta Asocial del menor |
| ■ Mendicidad/Explotación económica | ■ Situación de Guarda |
| ■ Fuga del domicilio familiar | ■ Expulsión del domicilio familiar |
| ■ Rechazo mutuo menor/familia | ■ Situación de Tutela |
| ■ Finalización de medida cautelar de internamiento | ■ Familia rechaza al menor |
| ■ Resto (21) | |

4.1.4. Medidas Antropométricas.

4.1.4.1. Peso.

En relación a la variable peso, se comportó de la siguiente forma: el mayor número de menores con normopeso fueron varones inmigrantes (94,1%) y chicas inmigrantes (91,9%), seguido de varones autóctonos (90,2%) y chicas autóctonas (85,2%).

En relación a la Obesidad Tipo I y Tipo II predominó en chicas autóctonas. (3,3%), sobre los varones autóctonos y los inmigrantes de ambos sexos.

El Peso insuficiente fue mayoritario en los varones inmigrantes para un (5,3%).

En Sobrepeso Grado I dominó en las chicas autóctonas con un (3,8%).

En Sobrepeso Grado II imperó en los varones autóctonos con un (3,0%). Ver Gráfico 4.6.

GRÁFICO 4.6

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO

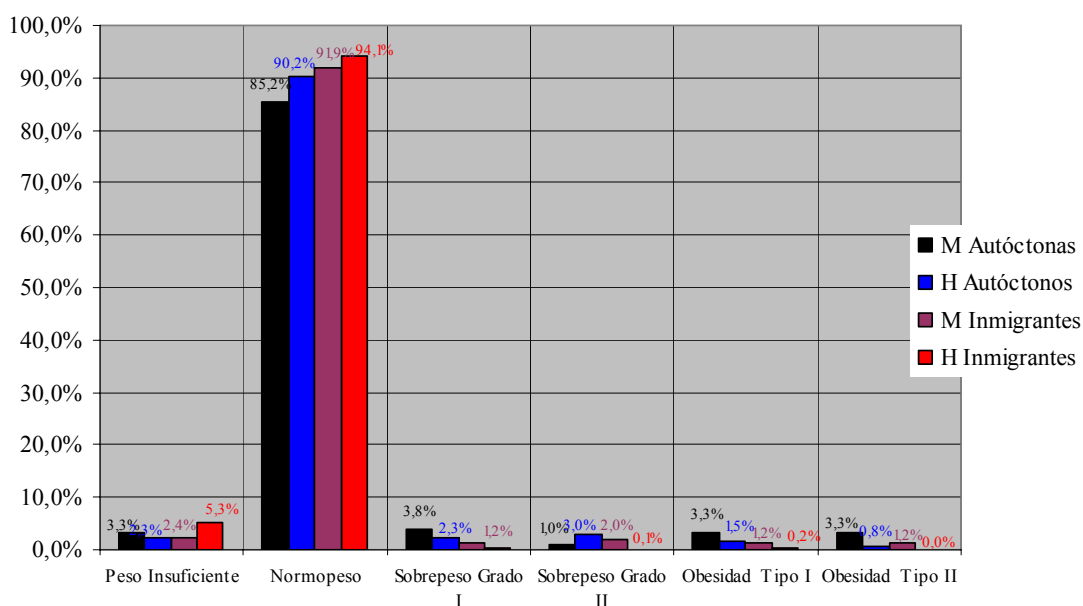


GRÁFICO 4.6-a. Histograma de frecuencias para el peso analizados en niñas.

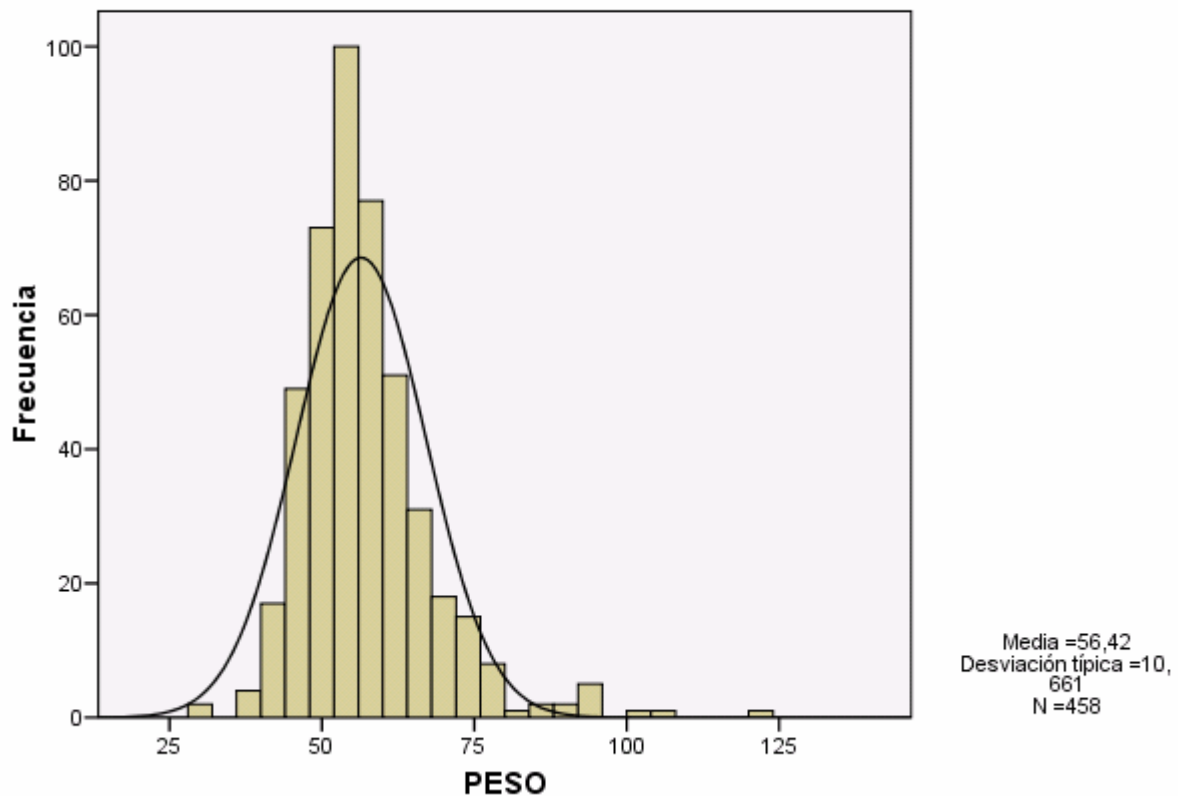
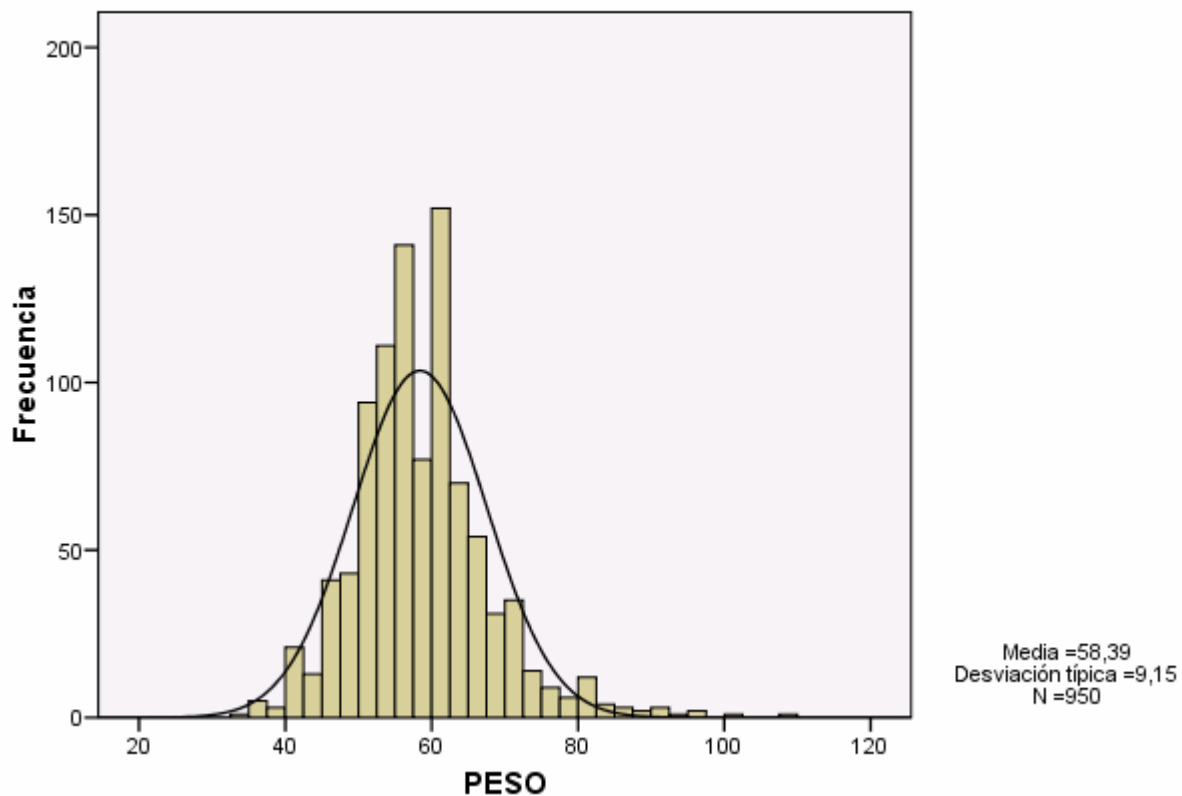


GRÁFICO 4.6-b. Histograma de frecuencias para el peso analizados en niños.



4.1.4.2. Talla.

En la variable talla, obtuvimos 1304 con talla normal, de ellos (93,9%) eran varones autóctonos seguidos de chicos inmigrantes (93,3%), luego las chicas inmigrantes (91,1%) y por último las mujeres autóctonas (91,0%).

La talla alta fue de un (4,8%) en las mujeres autóctonas y la talla baja en chicas inmigrantes con un (6,0%). Ver Gráfico 4.7.

GRÁFICO 4.7
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS
TALLA

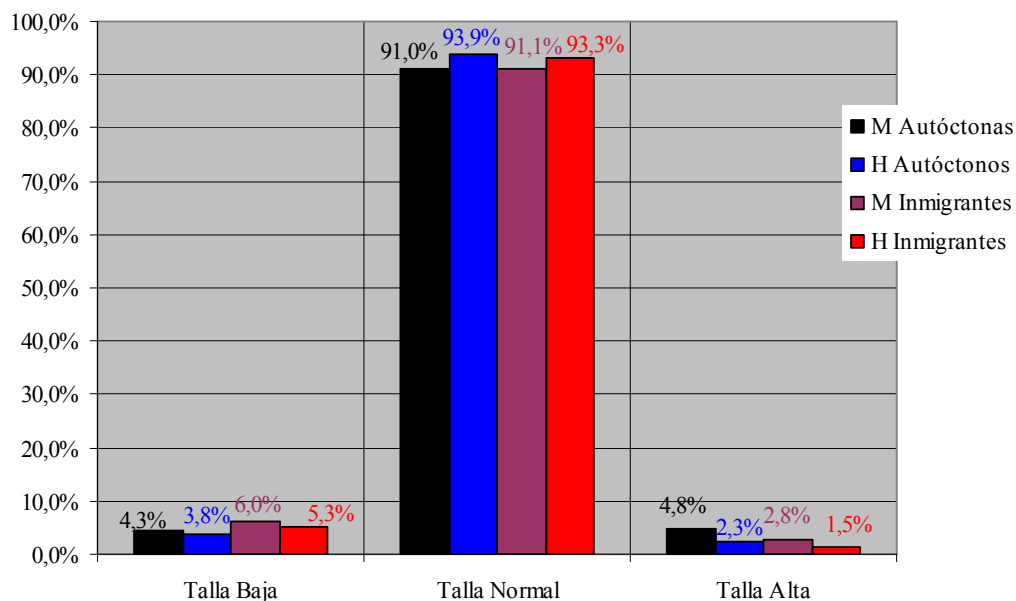


GRÁFICO 4.7-a. Histograma de frecuencias para la talla analizadas en niñas.

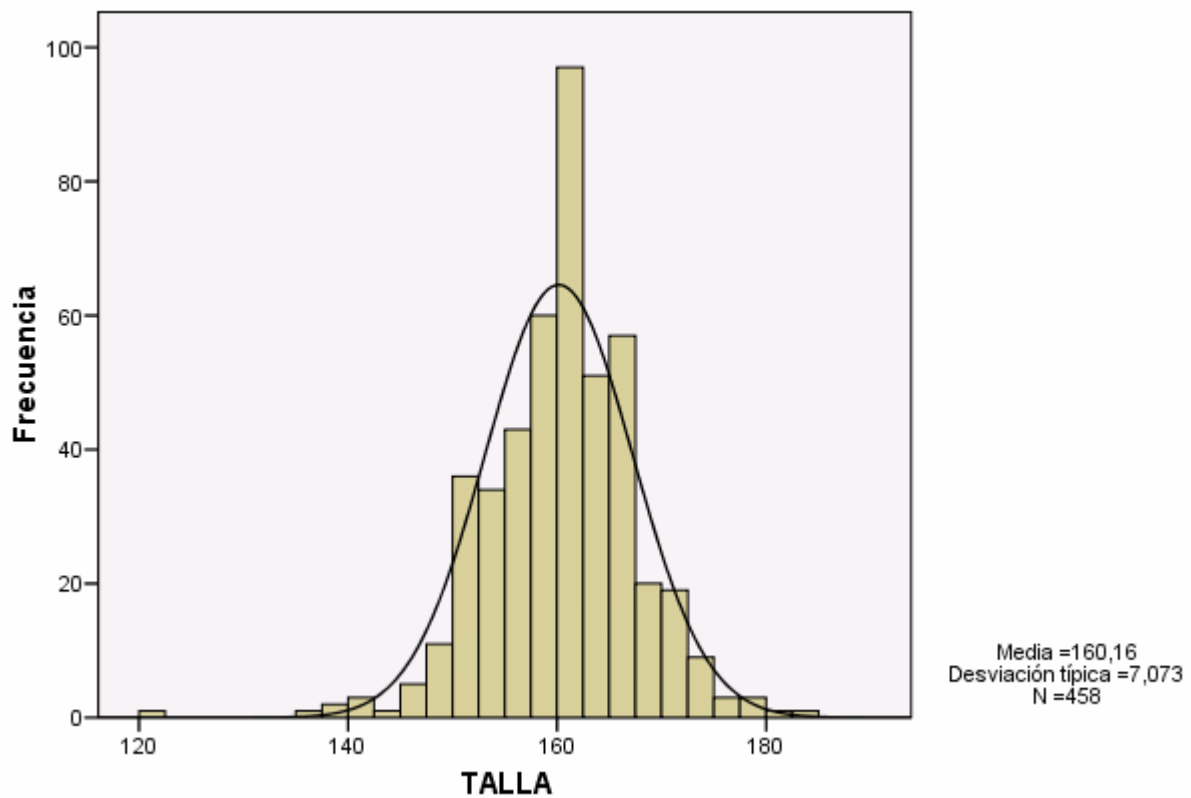


GRÁFICO 4.7-b. Histograma de frecuencias para la talla analizadas en niños.

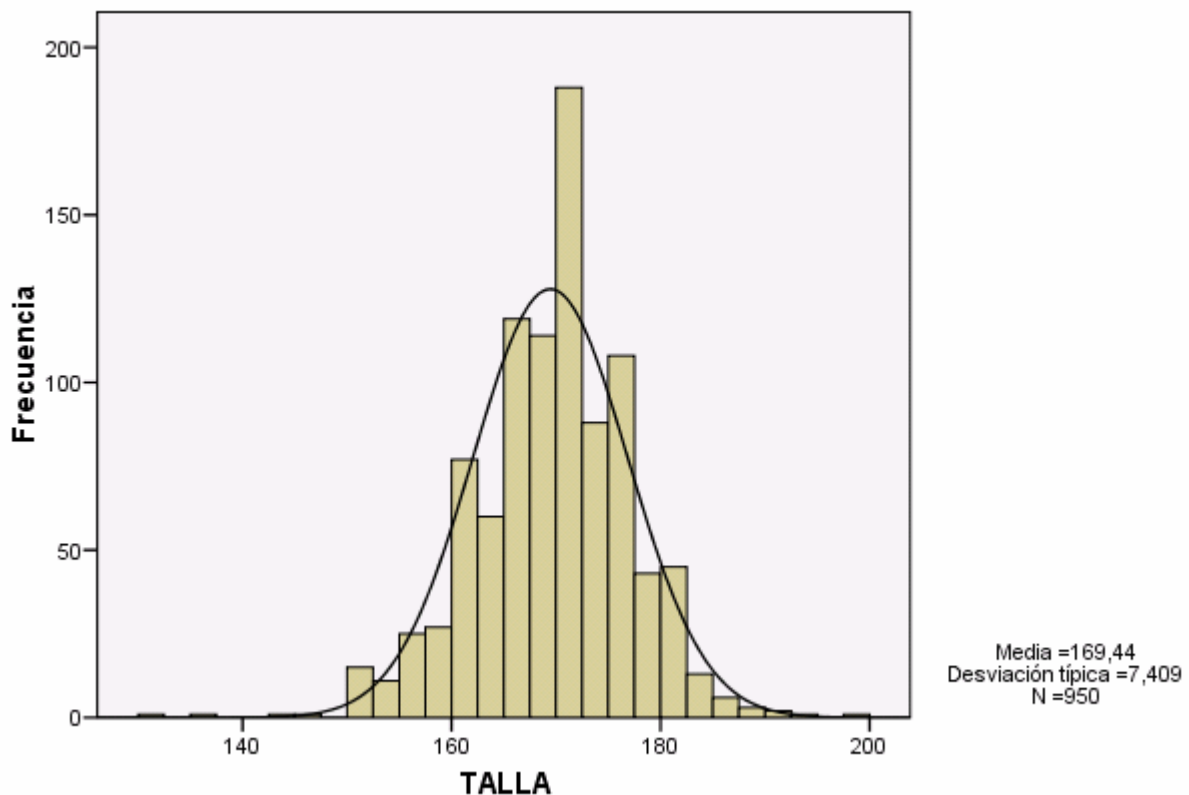


DIAGRAMA 4.1-a. Diagrama de Dispersión correspondiente al análisis de las variables Peso y Talla en la población de niñas.

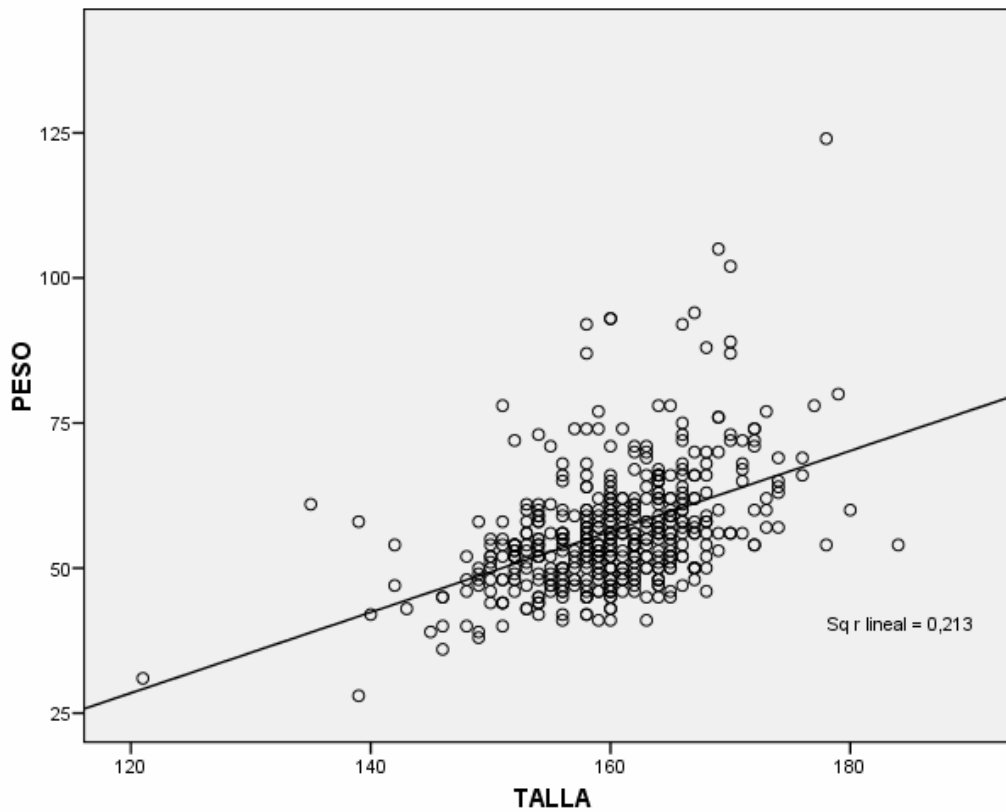


DIAGRAMA 4.1-b. Diagrama de Dispersión correspondiente al análisis de las variables Peso y Talla en la población de niños.

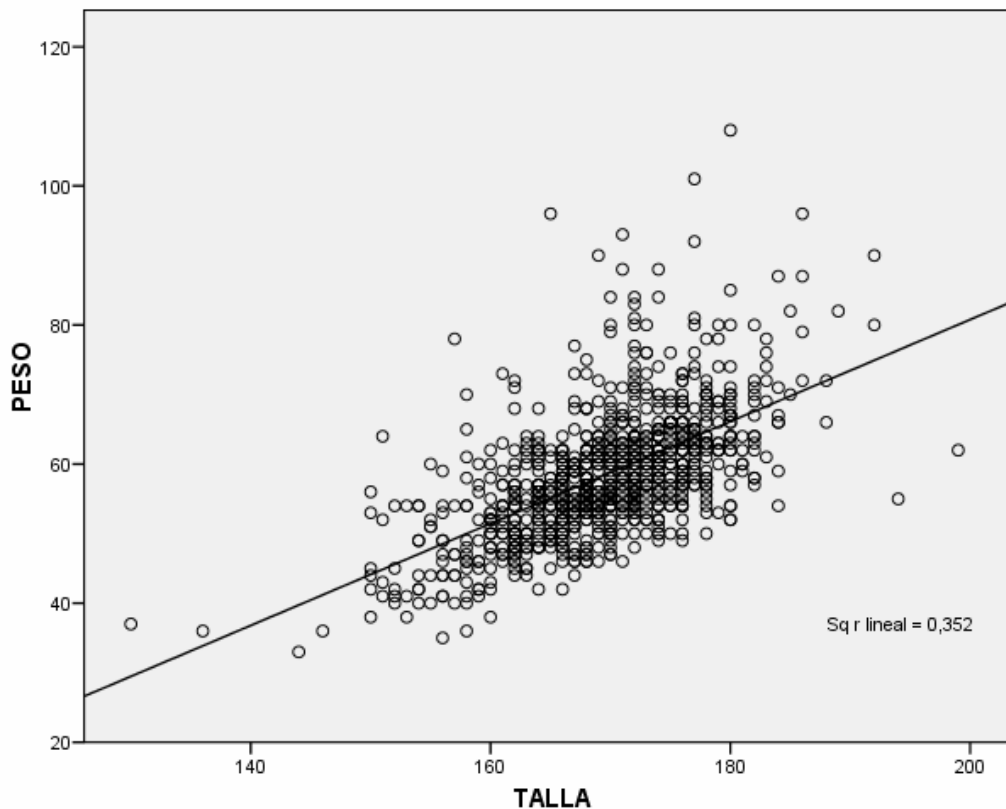


Tabla 4.3 Correlaciones Variables Peso y Talla

Género			PESO	TALLA
Femenino	PESO	Correlación de Pearson	1	,462(**)
		Sig. (bilateral)		,000
		N	458	458
	TALLA	Correlación de Pearson	,462(**)	1
		Sig. (bilateral)	,000	
		N	458	458
Masculino	PESO	Correlación de Pearson	1	,593(**)
		Sig. (bilateral)		,000
		N	950	950
	TALLA	Correlación de Pearson	,593(**)	1
		Sig. (bilateral)	,000	
		N	950	950

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Para el género Femenino, el valor del coeficiente de correlación de Pearson entre la variable Talla y la variable Peso es de 0,462, es decir, un valor moderadamente alto y positivo, indicativo de una relación lineal alta y positiva donde los valores bajos de una variable se asocian con los valores bajos de la segunda variable y los altos se asocian con los altos.

Esto es fácilmente observable en el Diagrama de Dispersión 4.1-a que con un primer vistazo nos llama la atención que existe una relación lineal positiva.

Se observa que el nivel de significación es $<0,05$ con ello se contrasta la hipótesis nula de que el coeficiente de correlación de Pearson vale 0 en la población, es decir se rechaza la hipótesis nula y se afirma que hay una correlación significativamente diferente de 0.

Para el género Masculino observamos que el valor del coeficiente de correlación de Pearson entre las variables mencionadas es todavía mayor, es de 0,593, siendo un valor que pasa a ser alto al estar muy próximo al 0,6.

Las conclusiones en cuanto al nivel de significación, así como la observación del Diagrama de Dispersión 4.1-b son iguales que para el género Femenino.

				Género	
				Femenino	Masculino
Media		Estadístico	PESO	56,42	58,39
		Error típ.	PESO	,498	,297
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	Estadístico	PESO	55,44	57,81
	Límite superior	Estadístico	PESO	57,40	58,97
Media recortada al 5%		Estadístico	PESO	55,65	58,00
Mediana		Estadístico	PESO	55,00	58,00
Varianza		Estadístico	PESO	113,653	83,721
Desv. típ.		Estadístico	PESO	10,661	9,150
Mínimo		Estadístico	PESO	28	33
Máximo		Estadístico	PESO	124	108
Rango		Estadístico	PESO	96	75
Amplitud intercuartil		Estadístico	PESO	11	10
Asimetría		Estadístico	PESO	1,631	,866
		Error típ.	PESO	,114	,079
Curtosis		Estadístico	PESO	5,652	2,495
		Error típ.	PESO	,228	,159

Tabla 4.4 Estudio de la variable Peso

Gráfico Q-Q normal de PESO

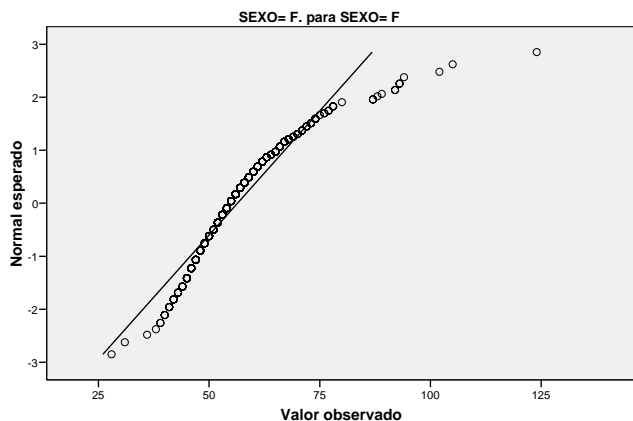
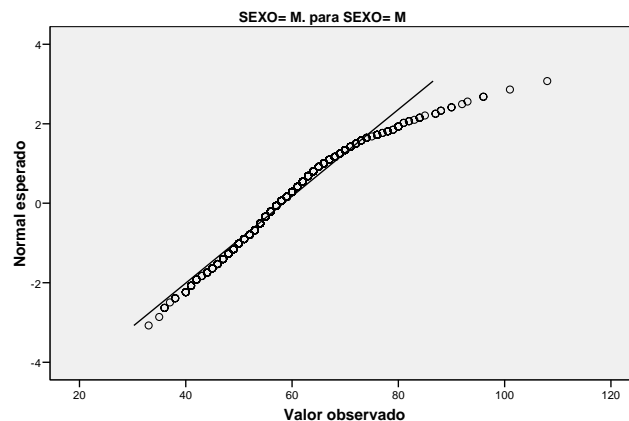


Gráfico Q-Q normal de PESO



Como nos muestra el Gráfico Q-Q normal de la variable Peso para el sexo femenino, estos valores están situados muy cerca de la tendencia normal. Esta observación nos la ayuda a afianzar el índice de Curtosis o apuntamiento, siendo ésta muy alta y positiva, 5.652, el cual nos indica que los valores están muy concentrados alrededor de la media, salvo algunos que corresponden a los extremos.

En el Gráfico Q-Q normal de la variable Peso para el sexo masculino, los valores están también muy próximos e incluso sobre la tendencia central. No obstante habiendo mucha concentración alrededor de la media, son menos casos que en el grupo de las niñas. Esto nos lo indica el índice de Curtosis, 2.495, siendo este, alto y positivo.

El índice de asimetría para ambos sexos es ligeramente positivo, siendo para el grupo femenino 1,631 y de 0,866 para el masculino.

				Género	
				Femenino	Masculino
Media		Estadístico	TALLA	160,16	169,44
		Error típ.	TALLA	,330	,240
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	Estadístico	TALLA	159,51	168,97
	Límite superior	Estadístico	TALLA	160,81	169,92
Media recortada al 5%		Estadístico	TALLA	160,23	169,58
Mediana		Estadístico	TALLA	160,00	170,00
Varianza		Estadístico	TALLA	50,025	54,888
Desv. típ.		Estadístico	TALLA	7,073	7,409
Mínimo		Estadístico	TALLA	121	130
Máximo		Estadístico	TALLA	184	199
Rango		Estadístico	TALLA	63	69
Amplitud intercuartil		Estadístico	TALLA	8	9
Asimetría		Estadístico	TALLA	-,424	-,375
		Error típ.	TALLA	,114	,079
Curtosis		Estadístico	TALLA	2,387	1,486
		Error típ.	TALLA	,228	,159

Tabla 4.5 Estudio de la variable Talla

Gráfico Q-Q normal de TALLA

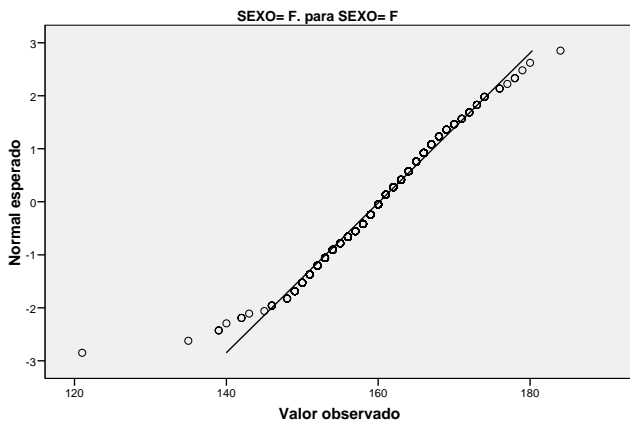
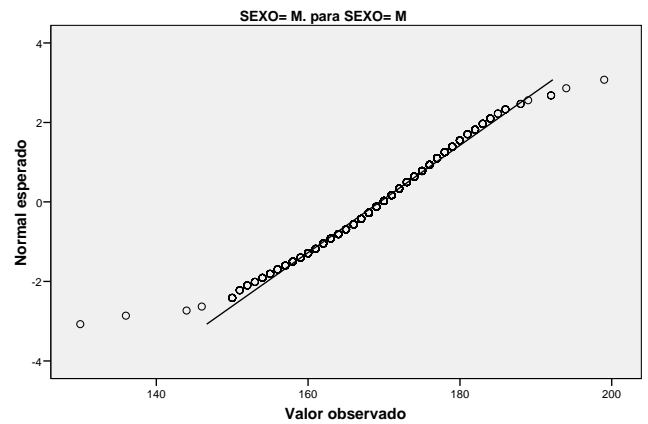


Gráfico Q-Q normal de TALLA



Para el estudio de la variable Talla, tal y como nos muestra el Q-Q normal, para el sexo femenino, los valores observados están prácticamente todos dentro de la recta de tendencia normal. Dicha distribución, se complementa con el índice de Curtosis, siendo ésta moderadamente alta y positiva, 2.387, nos indica que los valores están muy concentrados alrededor de la media, salvo unos pocos que corresponden a los extremos.

En el Gráfico Q-Q normal de la variable Talla para el sexo masculino, los valores también están muy próximos o sobre la tendencia central, siendo un resultado muy similar al grupo femenino. Presenta un índice de Curtosis, 1.486, siendo éste, ligeramente alto y positivo.

El índice de asimetría para ambos sexos es ligeramente negativo, siendo para el grupo femenino -0,424 correspondiendo al masculino -0,375.

4.1.5. Malos Tratos.

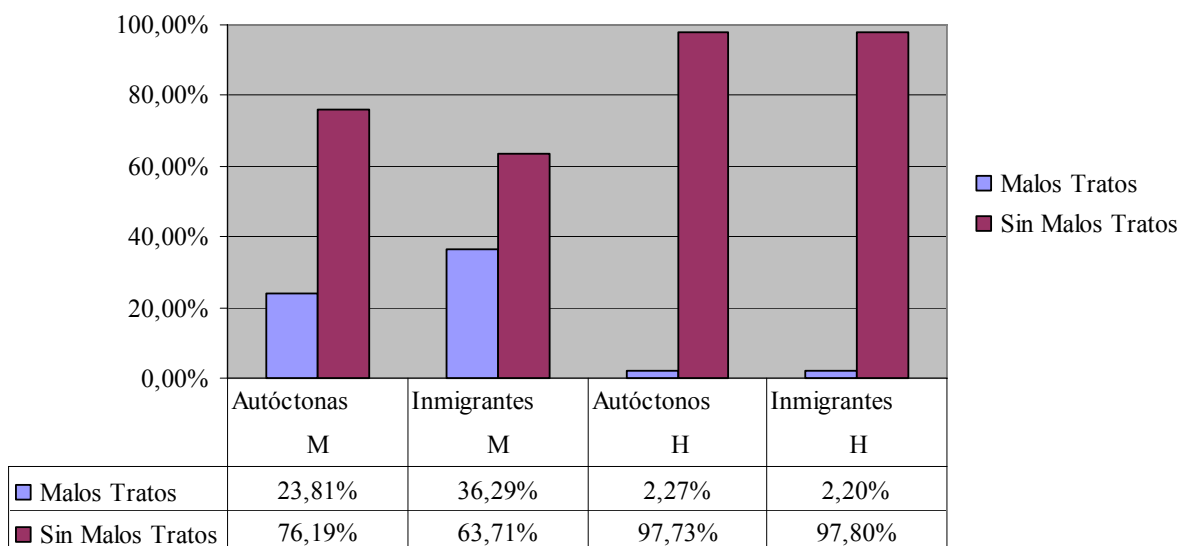
En la Tabla 4.6 y Gráfico 4.8, sobre Malos tratos, hemos encontrado que de los 1408 menores han recibido malos tratos 161 para un (11,43 %). Las mujeres autóctonas (23,81%) recibieron menos maltrato que las inmigrantes (36,29%) y en relación a los varones los autóctonos (2,27%) recibieron más malos tratos que los inmigrantes (2,20%).

Malos tratos	161	11,43%
Sin malos tratos	1247	88,57%
Total	1408	100,00%

Tabla 4.6 Malos tratos

GRÁFICO 4.8

MALOS TRATOS



4.1.6. Entidades nosológicas más relevantes.

4.1.6.1. Enfermedades infecciosas.

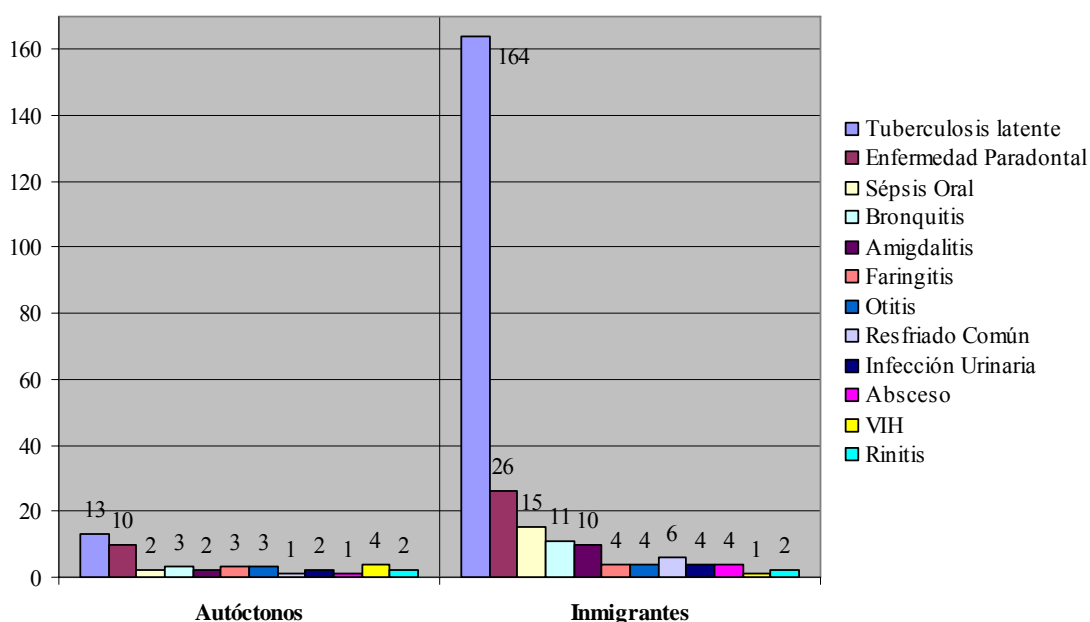
En la Tabla 4. 7 y Gráfico 4.9, donde se relacionan las Enfermedades Infecciosas halladas en nuestro estudio, la Tuberculosis Latente, la Enfermedad Paradontal, la Sepsis Oral, la Bronquitis y la Amigdalitis superan con diferencia su presencia en varones inmigrantes en relación a los autóctonos. Alusivo al VIH podemos destacar que se diagnosticaron 4 menores autóctonos y sólo un inmigrante.

	M	H	Total
Tuberculosis latente	22	155	177
Enfermedad Paradontal	12	24	36
Sépsis Oral	5	12	17
Bronquitis	5	9	14
Amigdalitis	5	7	12
Resfriado Común		7	7
Otitis	2	5	7
Faringitis	4	3	7
Infección Urinaria	6		6
VIH	4	1	5
Absceso	1	4	5
Rinitis	1	3	4

Tabla 4.7 Enfermedades Infecciosas mas significativas

GRÁFICO 4.9

ENFERMEDADES INFECCIOSAS



4.1.6.1.1. Test de la Tuberculina.

La Tabla 4.8 y el Gráfico 4.10, reflejan el Test de la Tuberculina (PPD), éste se realiza en las primeras 72 horas al ingresar en el centro, con el objeto de descartar inmediatamente la presencia de Infección Tuberculosa Latente.

De los 1408 menores sólo 177 dieron positivos, de ellos 155 eran chicos y 22 chicas.

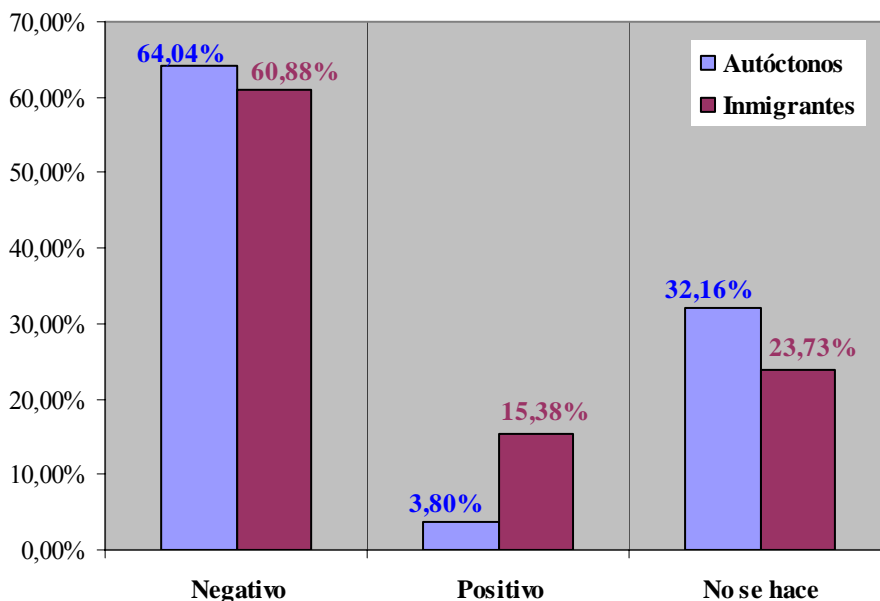
De los positivos el (15,38%) eran inmigrantes y sólo (3,80%) autóctonos. De los negativos el (64,04%) correspondía a los autóctonos y el (60,88%) a inmigrantes.

	M	H	Total
Negativo	277	591	868
No se hace	159	204	363
Positivo	22	155	177
Total	458	950	1408

Tabla 4.8 Test de la Tuberculina

GRÁFICO 4.10

TEST DE LA TUBERCULINA (PPD)



4.1.6.1.2. Caries dentales.

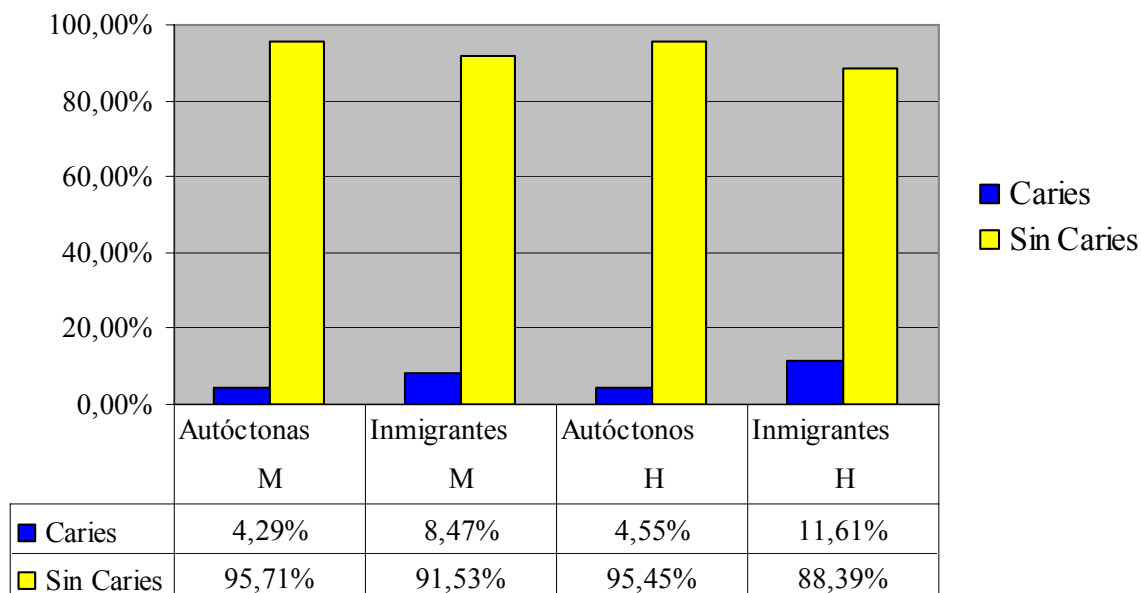
En la Tabla 4.9 y el Gráfico 4.11, referente a las Caries Dentales hemos obtenido una mayor incidencia en la población inmigrante tanto femenina (8,47%) como masculina (11,61%) y en la población autóctona el sexo que predominó fue el masculino (4,55%) sobre el femenino (4,29%).

Caries	131	9,30%
Sin caries	1277	90,70%
Total	1408	100,00%

Tabla 4.9 Caries

GRÁFICO 4.11

CARIES DENTALES



4.1.6.2. Enfermedades de la Piel.

De la Tabla 4.10 y el Gráfico 4.12, relativo a las Enfermedades de la Piel, podemos inferir que las más representativas han sido más frecuentes en el sexo masculino.

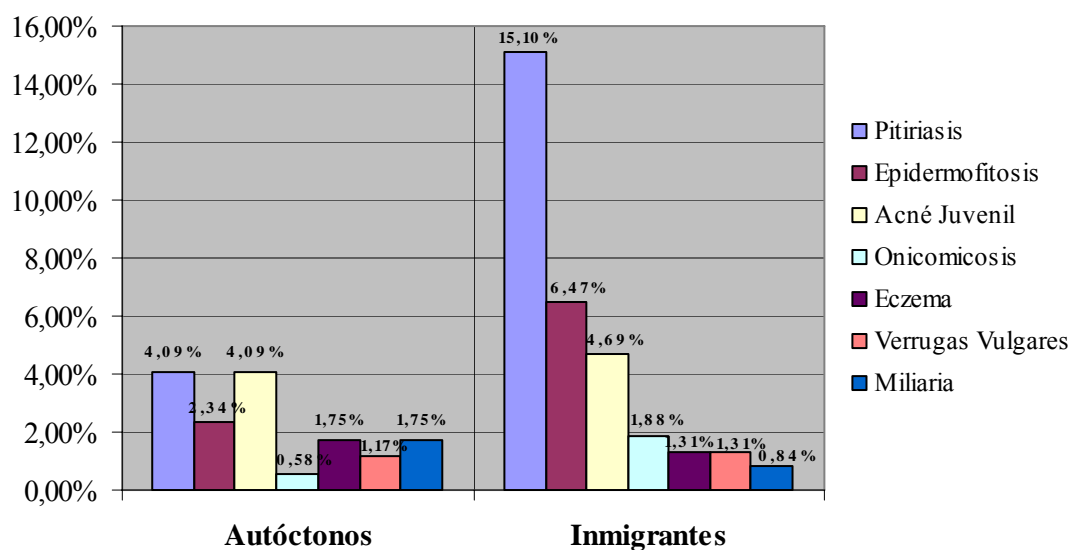
En la población inmigrante las enfermedades de la piel que han prevalecido han sido en primer lugar la Pitiriasis Versicolor (15,10%), seguida de la Epidermofitosis (6,47%), el Acné Juvenil (4,69%), la Onicomicosis (1,88%) y las Verrugas vulgares (1,31%) y las Verrugas vulgares (1,31%) y las Verrugas vulgares (1,31%).

En la población autóctona los más relevantes han sido la Pitiriasis y el Acné Juvenil con un 4,09%, seguido de la Epidermofitosis con un 2,34% y los Eczemas y la Miliaria con (1,75%).

	M	H	Total	
Pitiriasis	30	145	175	12,43%
Epidermofitosis	6	72	78	5,54%
Acné Juvenil	10	54	64	4,55%
Onicomicosis	3	19	22	1,56%
Eczema	9	11	20	1,42%
Verrugas Vulgares	5	13	18	1,28%
Miliaria	3	12	15	1,07%

Tabla 4.10 Enfermedades de la Piel más representativas

GRÁFICO 4.12
ENFERMEDADES DE LA PIEL



4.1.6.3. Enfermedades de la Sangre.

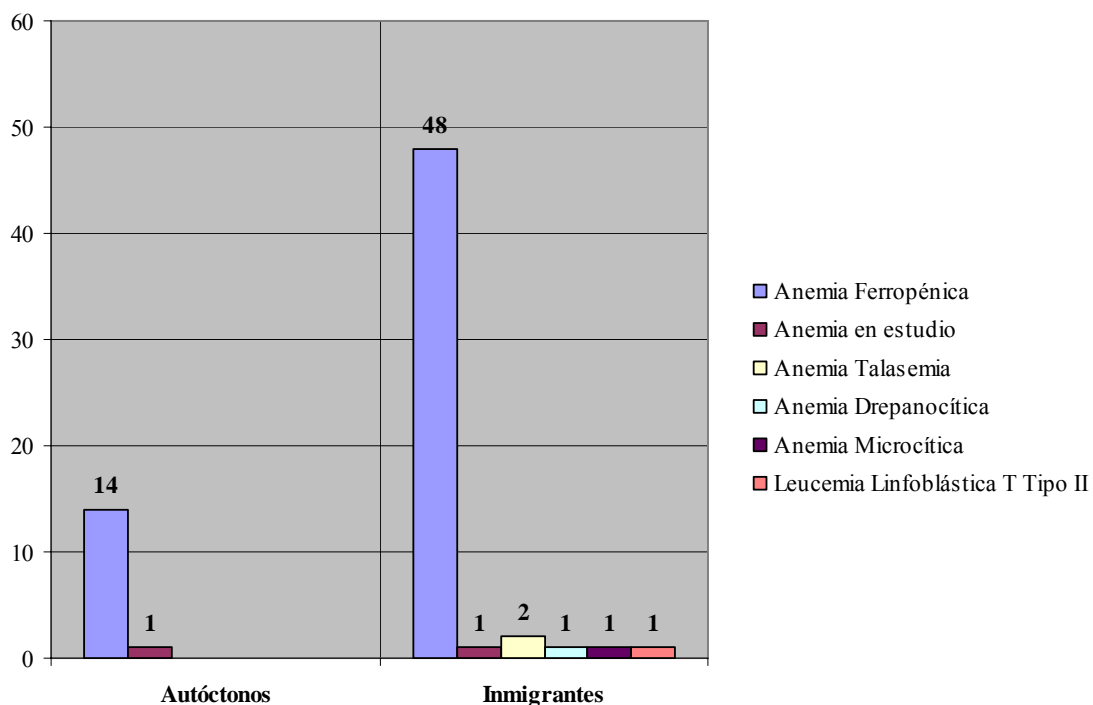
En la Tabla 4.11 y el Gráfico 4.13, donde se mencionan Enfermedades de la Sangre, la anemia que prevaleció tanto en autóctonos como en inmigrantes fue la ferropénica.

	M	H	Total
Anemia Ferropénica	29	33	62
Anemia en Estudio	2		2
Anemia Talasemia	1	1	2
Anemia Drepanocítica		1	1
Anemia Microcítica		1	1
Leucemia Linfoblástica T Tipo II		1	1

Tabla 4.11 Enfermedades de la Sangre

GRÁFICO 4.13

ENFERMEDADES DE LA SANGRE



4.1.6.4. Enfermedades del Sistema Nervioso.

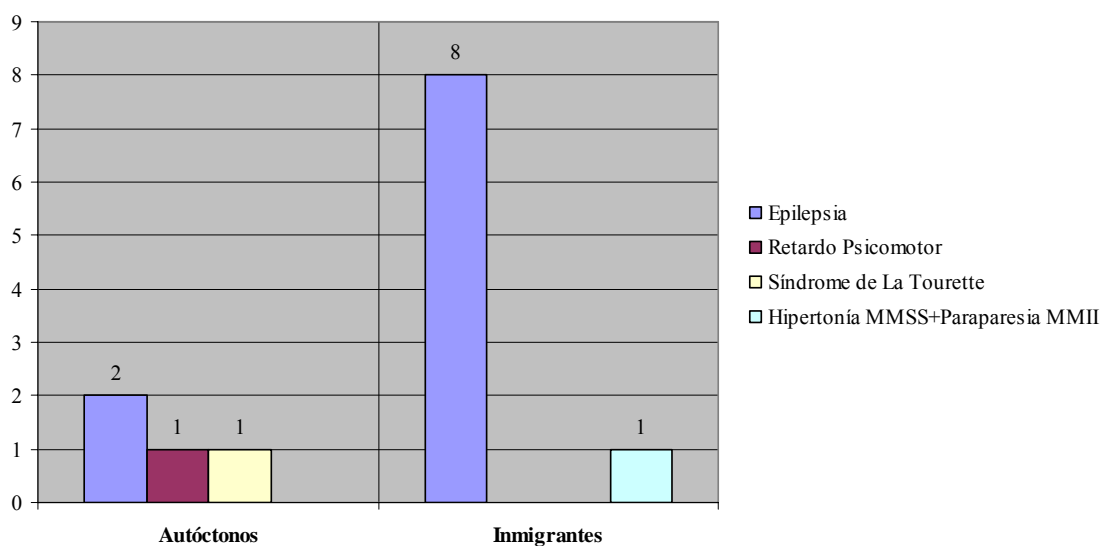
La enfermedad nerviosa predominante ha sido la epilepsia tanto para autóctonos como para inmigrantes. Ver Tabla 4.12 y el Gráfico 4.14.

	M	H	Total
Epilepsia	3	7	10
Hipertonía MMSS+Paraparesia MMII		1	1
Retardo Psicomotor	1		1
Síndrome de La Tourette		1	1

Tabla 4.12. Enfermedades del Sistema Nervioso

GRÁFICO 4.14

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO



4.1.6.5. Enfermedades Psiquiátricas.

En la Tabla 4.13 y el Gráfico 4.15, concerniente a las Enfermedades Psiquiátricas describimos como se comportó el sexo en cada una de las entidades así como el número de ellas presente en autóctonos y en inmigrantes. Del total de adolescentes 1408, presentaron patología psiquiátrica 151 para un (10.72%). De ellos 86 correspondían a adolescentes autóctonos y 65 inmigrantes.

En los autóctonos encontramos *veinte y tres* pacientes portadores de un Trastorno por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador Trastorno Disocial, *doce* pacientes con Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador sin clasificar, *siete* con Trastornos de Personalidad sin clasificar y *siete* con Trastornos de Adaptación sin clasificar. Acudieron a Urgencias psiquiátricas por autolisis sólo *dos*.

En los inmigrantes los hallazgos fueron: Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador sin clasificar 13, Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador Trastorno por Déficit de Atención e Hiperkinesia 10, Trastorno del Estado de Ánimo Trastorno Depresivo No especificado 8 y Urgencias Psiquiátricas por autolisis 7.

Alusivo a los Trastornos de la Conducta Alimentaria podemos comprobar que los *siete* casos hallados correspondieron al sexo femenino, estando el mayor número presentes en las autóctonas ya que sólo una fue inmigrante.

Respecto a las urgencias Psiquiátricas podemos destacar que de las *catorce* que tuvimos en nuestro estudio, *siete* estaban en el sexo femenino y *siete* en el masculino. De estas urgencias *nueve* se produjeron por Intentos Autolíticos y *cinco* por Brote Psicóticos Agudos.

Queremos puntualizar que la mayoría de los menores que exhibieron los Brotes Psicóticos eran inmigrantes, estos cuadros fueron secundarios al consumo de disolvente.

Todas las Urgencias precisaron el ingreso en la Unidad de Adolescentes del Hospital "Gregorio Marañón" durante su estancia fueron atendidos por el equipo del Dr. Celso Arango López con la ética y profesionalidad que les caracteriza. La Unidad de Adolescentes es un referente muy valioso y necesario para nuestro Centro de 1ª Acogida por su esmerada cualificación humana e investigadora.

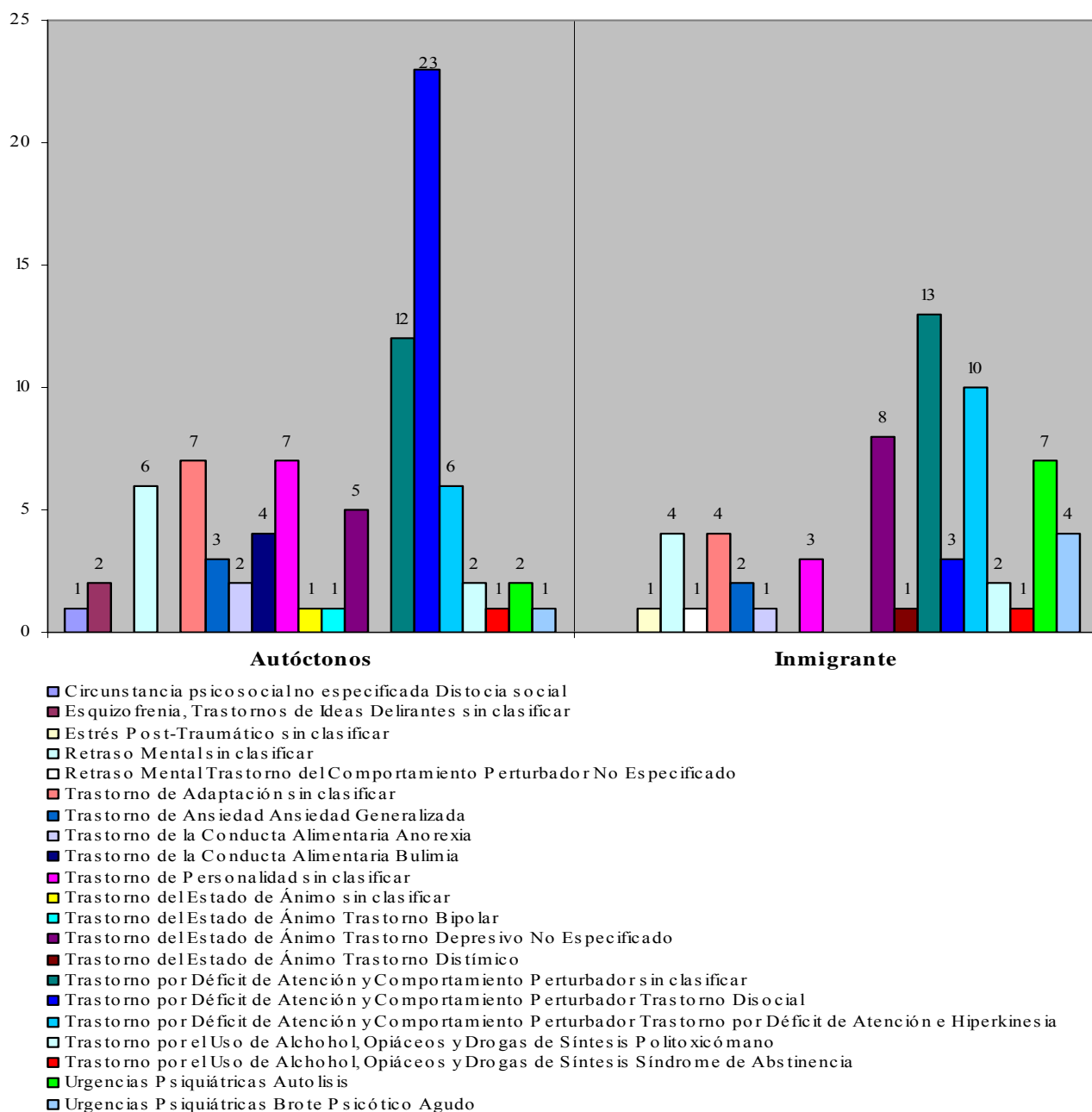
En la Comunidad de Madrid existe otra unidad de atención psiquiátrica para adolescentes en el Hospital "Niño Jesús" con la que también trabajamos en coordinación.

En relación al Estrés Post-traumático presente en un menor inmigrante, podemos decir que es de las entidades psiquiátricas halladas en nuestro estudio, la más parecida al Síndrome por Estrés Crónico Múltiple o Síndrome de Ulises.

	M	H	Total
Sin patología	390	867	1257
Trastorno por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador	23	44	67
Trastorno del Estado de Ánimo	9	7	16
Urgencias Psiquiátricas	7	7	14
Trastorno de Adaptación	8	3	11
Retraso Mental	3	8	11
Trastorno de Personalidad	7	3	10
Trastorno de la Conducta Alimentaria	7		7
Trastorno por el Uso de Alcohol, Opiáceos y Drogas de Síntesis	1	5	6
Trastorno de Ansiedad	2	3	5
Esquizofrenia, Trastornos de Ideas Delirantes	1	1	2
Circunstancia psicosocial no especificada		1	1
Estrés Post-Traumático		1	1
Total	458	950	1408

Tabla 4.13 Enfermedades Psiquiátricas

GRÁFICO 4.15. ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS



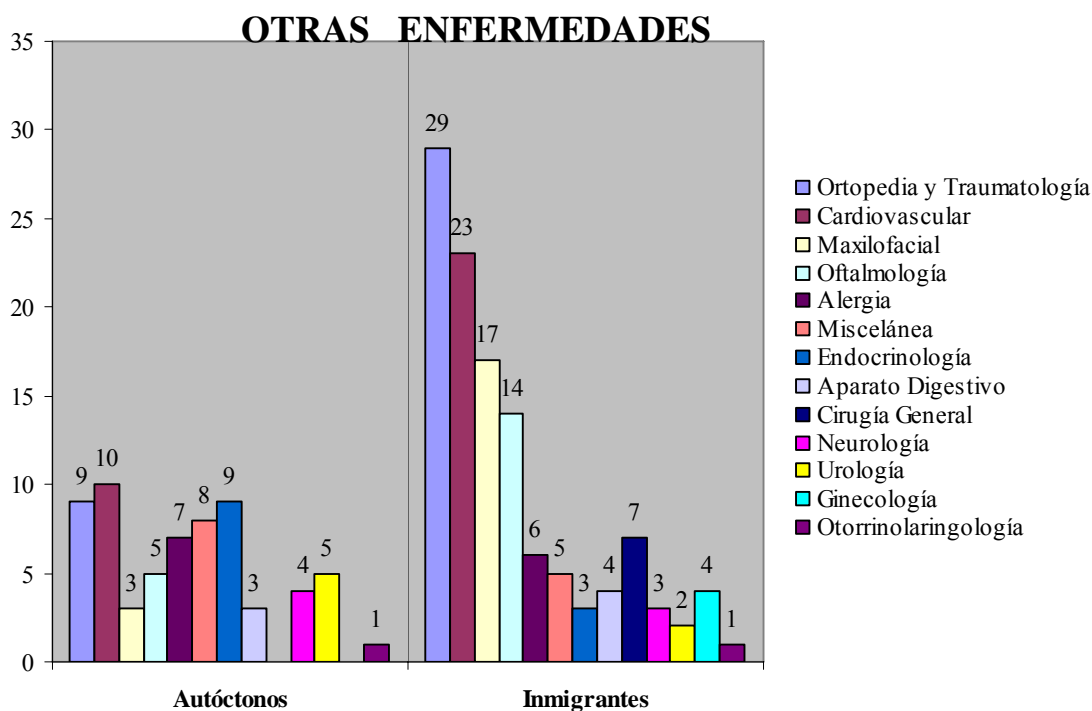
4.1.6.6. Otras enfermedades.

En la Tabla 4.14 y el Gráfico 4.16 concerniente a Otras Enfermedades, hemos hallado que estas/os menores inmigrantes han requerido la asistencia de especialidades médicas en mayor proporción que los autóctonos, ellas son: Ortopedia y Traumatología 29, Cardiología 23, Máxilofacial 17 y Oftalmología 14. El sexo que predominó fue el masculino.

	M	H	Total
Alergia	6	7	13
Aparato Digestivo	3	4	7
Cardiovascular	6	27	33
Cirugía General	3	4	7
Endocrinología	7	5	12
Ginecología	4		4
Maxilofacial	5	15	20
miscelánea	4	9	13
Neurología	5	2	7
Oftalmología	6	13	19
Ortopedia y Traumatología	12	26	38
Otorrinolaringología	1	1	2
Urología	4	3	7
Total	66	116	

Tabla 4.14 Otras Enfermedades

GRÁFICO 4.16



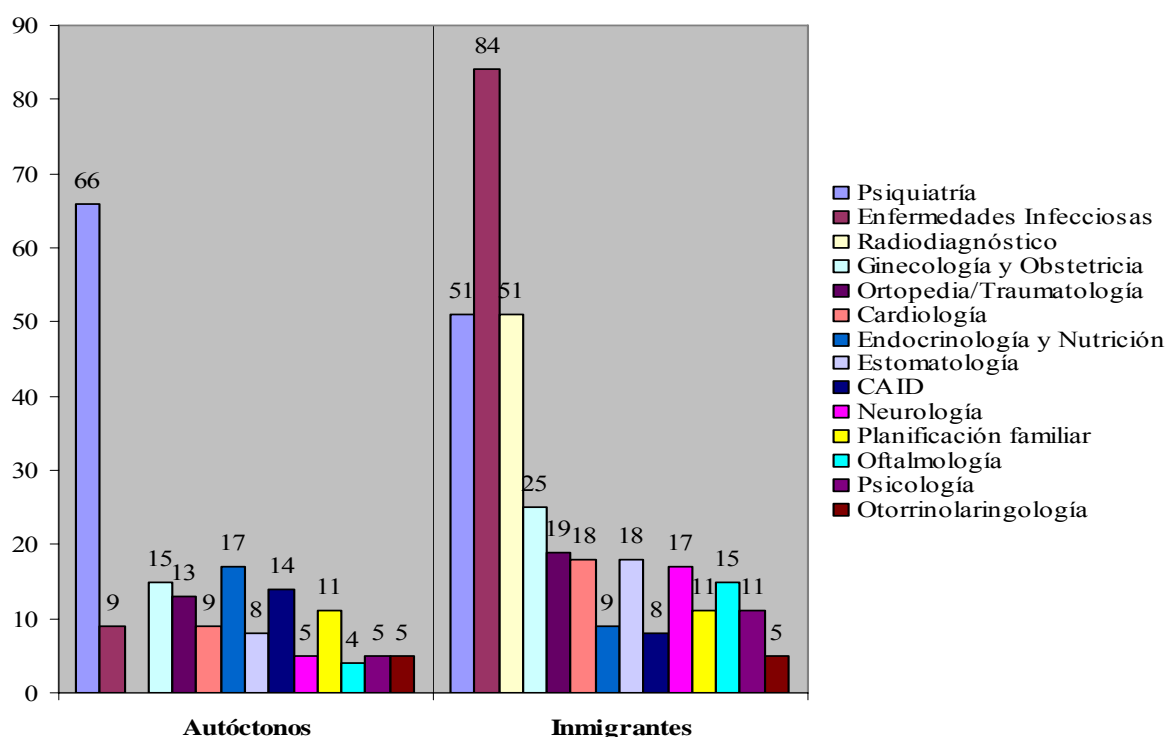
4.1.6.7. Consultas externas.

En la Tabla 4.15 y el Gráfico 4.17, relacionado con las Consultas Externas, el hallazgo más significativo, es que la más visitada por los adolescentes autóctonos ha sido la de Psiquiatría, en los inmigrantes la consulta más frecuente fue la de Enfermedades Infecciosas, seguida por la de Psiquiatría y el Radiodiagnóstico, en estas tres ha predominado el sexo masculino sobre el femenino. En Planificación Familiar existió un consenso entre las menores autóctonas e inmigrantes.

	M	H	Total
Psiquiatría	52	65	117
Enfermedades Infecciosas	18	75	93
Radiodiagnóstico	3	48	51
Ginecología y Obstetricia	40		40
Ortopedia/Traumatología	11	21	32
Cardiología	5	22	27
Endocrinología y Nutrición	18	8	26
Estomatología	8	18	26
CAID	7	15	22
Neurología	6	16	22
Planificación familiar	22		22
Oftalmología	5	14	19
Psicología	11	5	16
Otorrinolaringología	3	7	10

Tabla 4.15. Consultas Externas más significativas

GRÁFICO 4.17. CONSULTAS EXTERNAS



4.1.7. Embarazos.

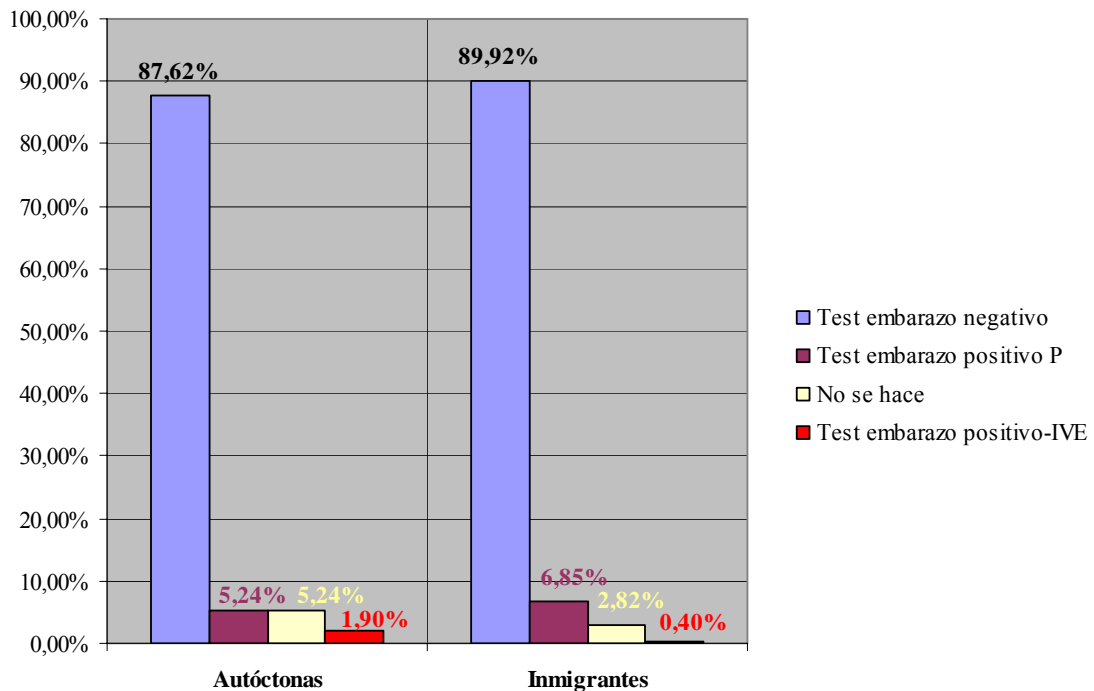
Durante nuestra investigación hemos tenido 28 menores embarazadas, siendo el mayor número en población inmigrante 17 gestantes. Se les realizó la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a cuatro adolescentes autóctonas (1,90%) y a una inmigrante (0,40%). Ver Tabla 4.16 y el Gráfico 4.18.

	Autóctonas	Inmigrantes	Total
Test embarazo negativo	184	223	407
Test embarazo positivo P	11	17	28
No se hace	11	7	18
Test embarazo positivo-IVE	4	1	5
Total	210	248	458

Tabla 4.16. Embarazos

GRÁFICO 4.18

EMBARAZOS



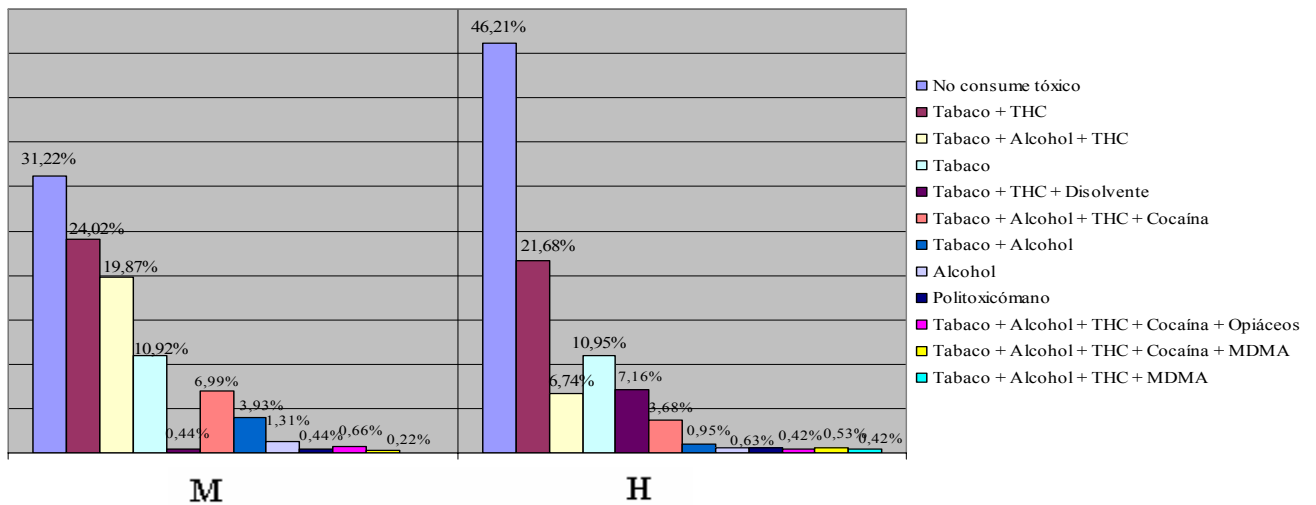
4.1.8. Grupos de Tóxicos.

4.1.8.1. Según el Sexo.

En el Gráfico 4.19-a podemos comprobar que en los Grupos de Tóxicos según el Sexo es muy llamativo: el consumo de Tabaco + THC en las mujeres (24,02%), seguido del Tabaco + Alcohol + THC también en chicas (19,87%), el Tabaco sólo, prevalece en los varones (10,95%), el Tabaco + THC + Disolvente es evidente en el sexo masculino con un (7,16%). Son más frecuentes en mujeres el consumo de Tabaco + Alcohol + THC + Cocaína con un (6,99%), el Tabaco + Alcohol con un (3,93%) y el Alcohol con (1,31%).

GRÁFICO 4.19-a

GRUPOS DE TÓXICOS SEGÚN EL SEXO

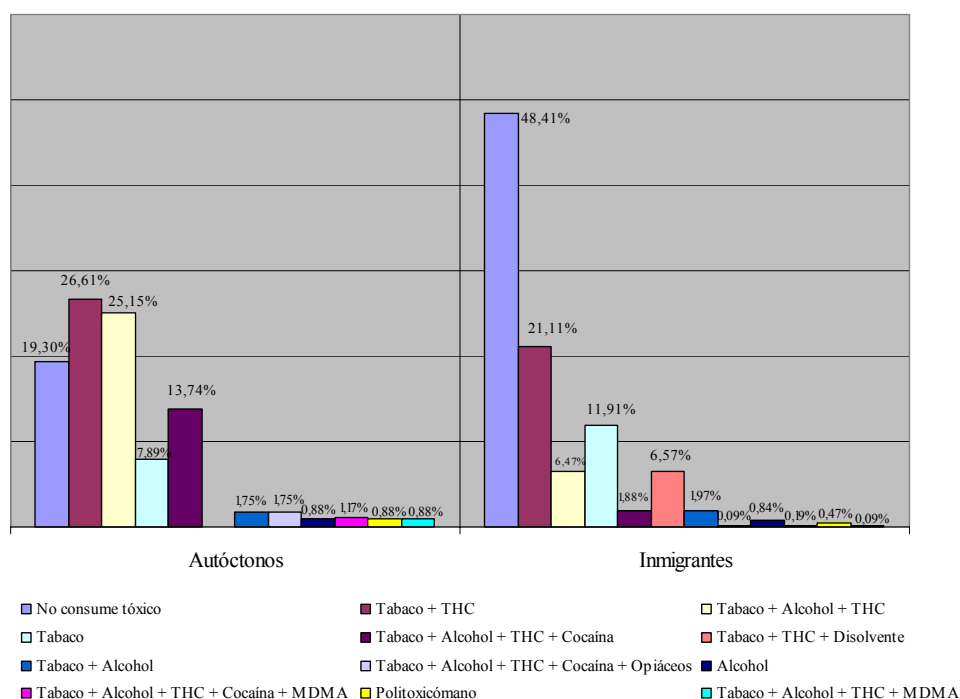


4.1.8.2. En autóctonos e inmigrantes.

El Gráfico 4.19-b, relaciona como se comporta el Grupo de Tóxicos en Autóctonos e Inmigrantes. El consumo de Tabaco + THC predomina en los autóctonos con un (26,61%), el Tabaco + Alcohol + THC también en autóctonos (25,15%), el Tabaco sólo es más común en los inmigrantes (11,91%), el Tabaco + Alcohol + THC + Cocaína con un (13,74%) en los autóctonos, el Tabaco + THC + Disolvente en inmigrantes con un (6,57%), el Tabaco + Alcohol en inmigrantes con un (1,97%). Tabaco + Alcohol + THC + Cocaína + Opiáceos en los autóctonos con un (1,75%), el Alcohol sólo, en autóctonos con un (0,88%), el Tabaco + Alcohol + THC + Cocaína + MDMA con un (1,17%) en autóctonos, los Politoxicómanos y los que consumen Tabaco + Alcohol + THC + MDMA ambos con un (0,88%) imperan en los autóctonos.

GRÁFICO 4.19-b

GRUPOS DE TÓXICOS EN AUTÓCTONOS E INMIGRANTES



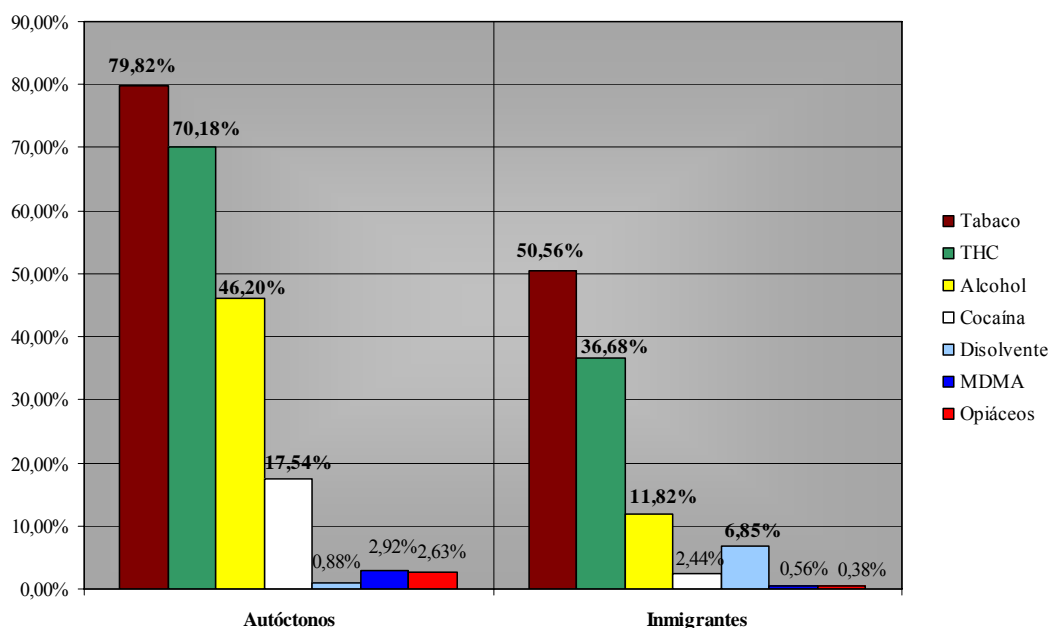
4.1.8.3. Prevalencia de tóxicos en autóctonos e inmigrantes.

En el Gráfico 4.19-c, nos muestra la Prevalencia de Tóxicos en autóctonos e inmigrantes.

El Tabaco con (79,82%), el THC con (70,18%), el Alcohol (46,20%), la Cocaína (17,54%), el MDMA (2,92%) y los Opiáceos con (2,63%) todos son preponderantes en los autóctonos; en los inmigrantes sólo el Disolvente con un (6,85%).

GRÁFICO 4.19-c

PREVALENCIA DE TÓXICOS EN AUTÓCTONOS E INMIGRANTES



4.1.9. Vacunas.

En la Tabla 4.17 y el Gráfico 4.20, sobre las Vacunas, podemos expresar que no fueron vacunados 553 adolescentes.

Se administraron las vacunas de Hepatitis B y Tétanos Difteria a (47,00%) inmigrantes y a (7,02%) autóctonos.

La vacuna de recuerdo de Hepatitis B fue aplicada a (42,40%) autóctonos y (6,66%) inmigrantes y finalmente la vacuna del Tétanos Difteria se le suministró a (0,29%) autóctonos y a (10,60%) inmigrantes.

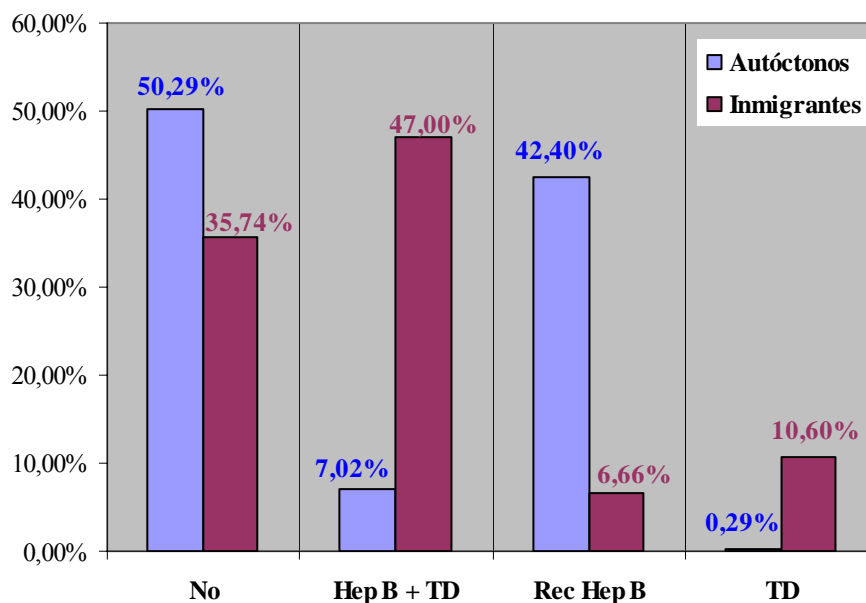
En relación al sexo podemos observar que ha sido el masculino el más vacunado.

	M	H	Total
No vacunas	223	330	553
Hep B+ TD	86	439	525
Rec Hep B	138	78	216
TD	11	103	114
Total	458	950	1408

Tabla 4.17. Vacunas

GRÁFICO 4.20

VACUNAS



4.1.10. Trastornos de la Comunicación Oral.

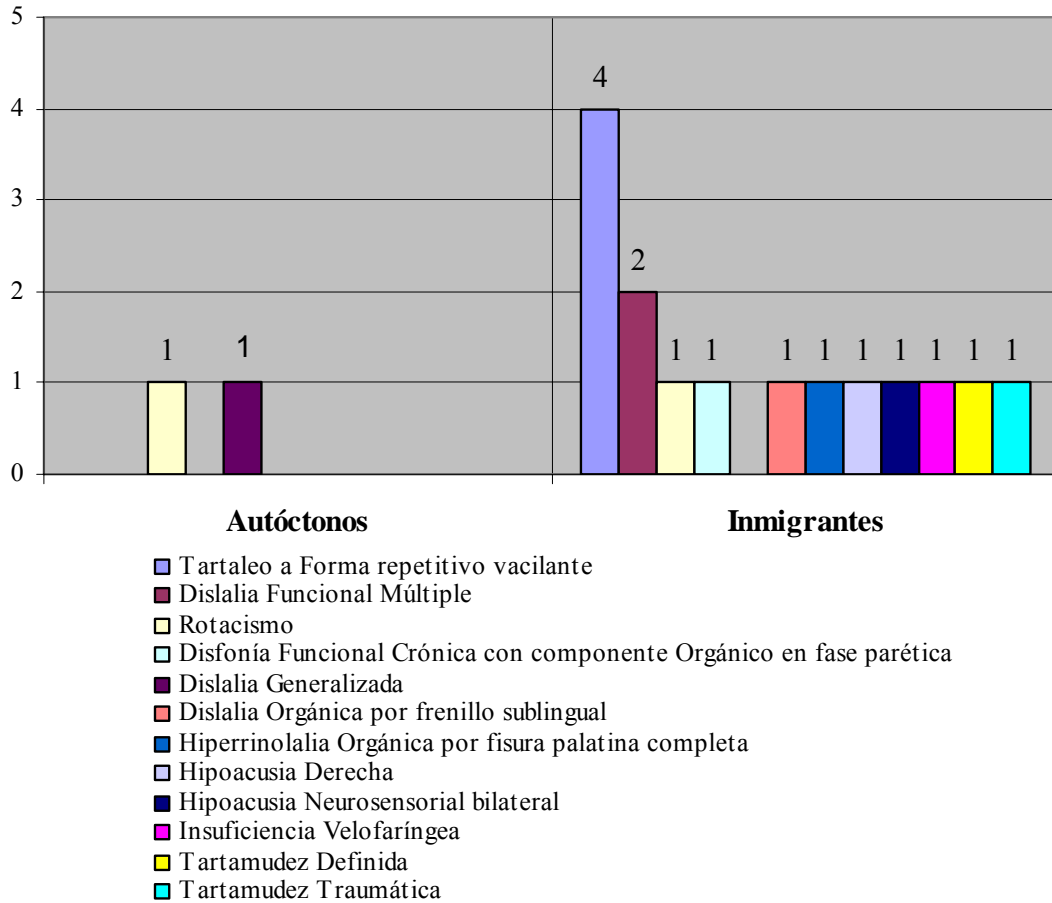
En la Tabla 4.18 y el Gráfico 4.21, en lo concerniente a los Trastornos de la Comunicación Oral, describimos en los inmigrantes la presencia del Tartaleo a Forma repetitivo vacilante, Dislalia Funcional Múltiple, Rotacismos, Disfonías Funcional Crónica, Dislalia orgánica, Hiperrinolalia orgánica por fisura palatina completa, Hipoacusia Derecha, Hipoacusia Neurosensorial Bilateral, Insuficiencia Velofaríngea, Tartamudez Definida y Tartamudez Traumática. En los autóctonos un Rotacismo y una Dislalia Generalizada. El sexo más relevante fue el masculino.

	M	H	Total
Tartaleo a Forma repetitivo vacilante	1	3	4
Dislalia Funcional Múltiple	0	2	2
Rotacismo	2	0	2
Disfonía Funcional Crónica con componente orgánico en fase parética	1	0	1
Dislalia Generalizada	0	1	1
Dislalia Orgánica por frenillo sublingual	1	0	1
Hiperrinolalia Orgánica por fisura palatina completa	0	1	1
Hipoacusia Derecha	0	1	1
Hipoacusia Neurosensorial bilateral	0	1	1
Insuficiencia Velofaríngea	1	0	1
Tartamudez Definida	0	1	1
Tartamudez Traumática	0	1	1
Total	6	11	17

Tabla 4.18 Trastornos de la Comunicación Oral

GRÁFICO 4.21

TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN ORAL

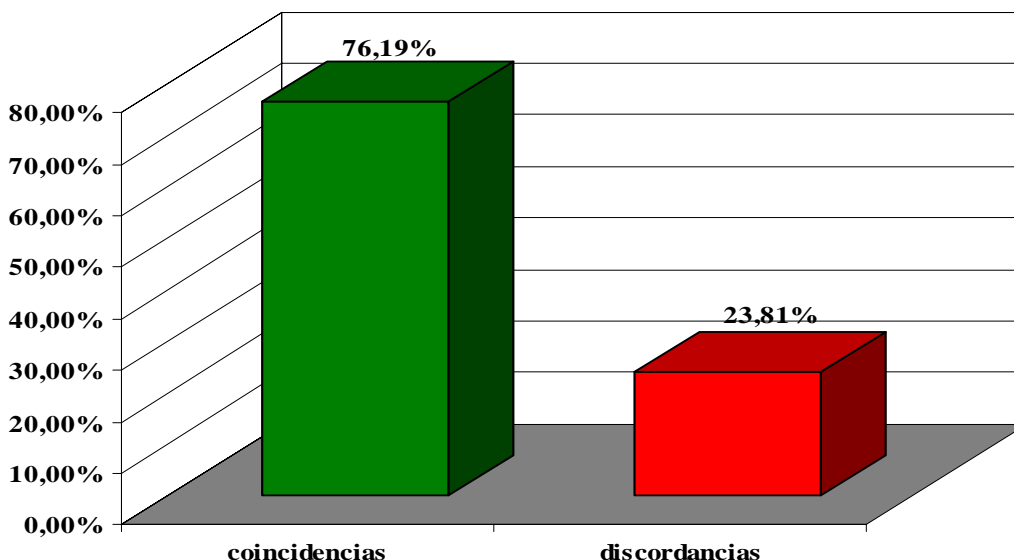


4.1.11. Estudio de la Edad Ósea.

4.1.11.1. Coincidencias y Discordancias.

En el Gráfico 4.22-a, Estudio de la Edad Ósea Coincidencias y Discordancias de los 84 menores extranjeros no acompañados (MENA) estudiados, encontramos 76,19% coincidencias entre el diagnóstico clínico y el hallazgo radiológico, y 23,81% discordancias.

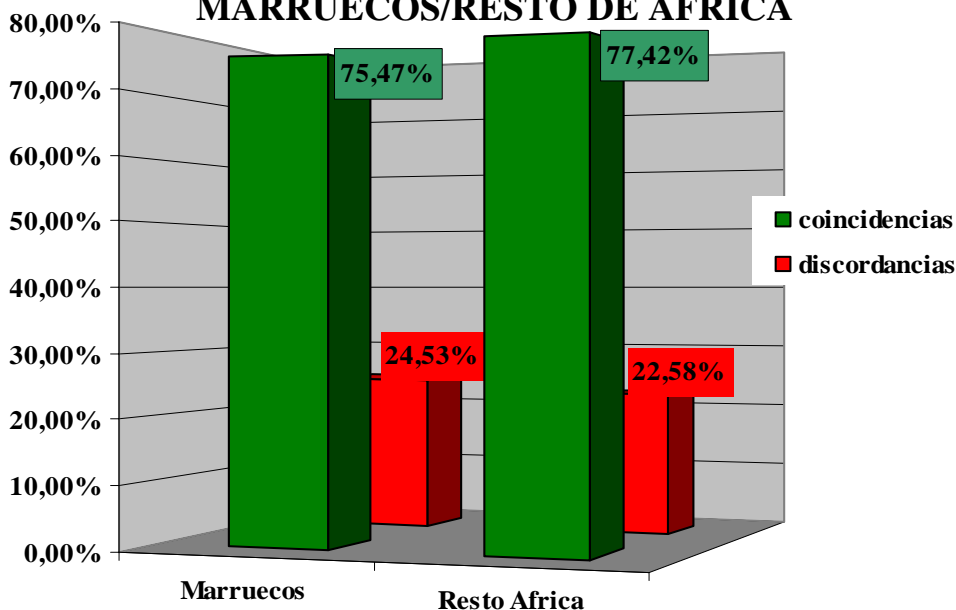
GRÁFICO 4.22-a. COINCIDENCIAS Y DISCORDANCIAS



4.1.11.2. Coincidencias y Discordancias: Marruecos/Resto de África.

En el Gráfico 4.22-b, reflejamos las coincidencias y discordancias halladas en la correlación clínico radiológica en los menores de Marruecos y el resto de África.

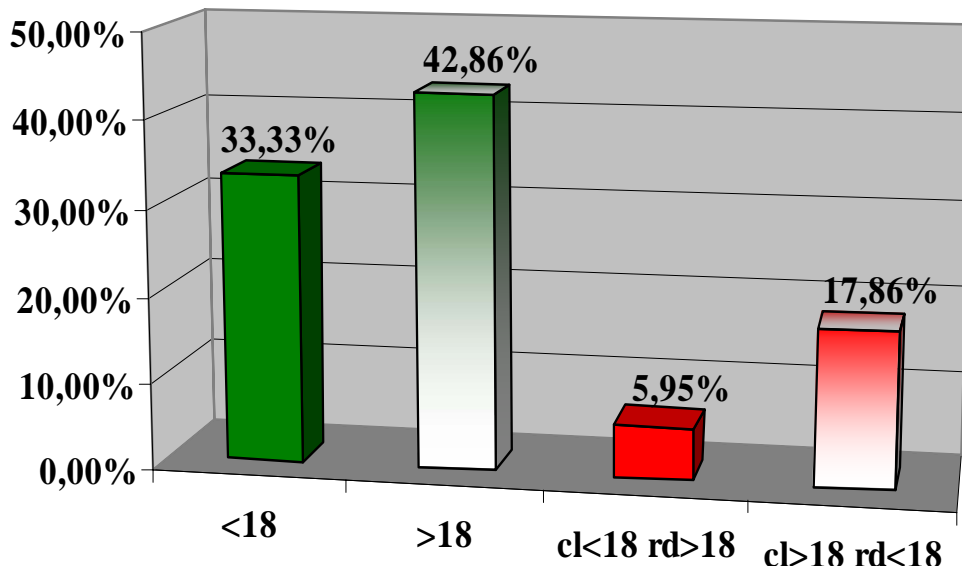
GRÁFICO 4.22-b. COINCIDENCIAS Y DISCORDANCIAS MARRUECOS/RESTO DE ÁFRICA



4.1.11.3. Correlación Clínico - Radiológica.

En el Gráfico 4.22-c se expone un resumen total de los tipos de coincidencias y discordancias.

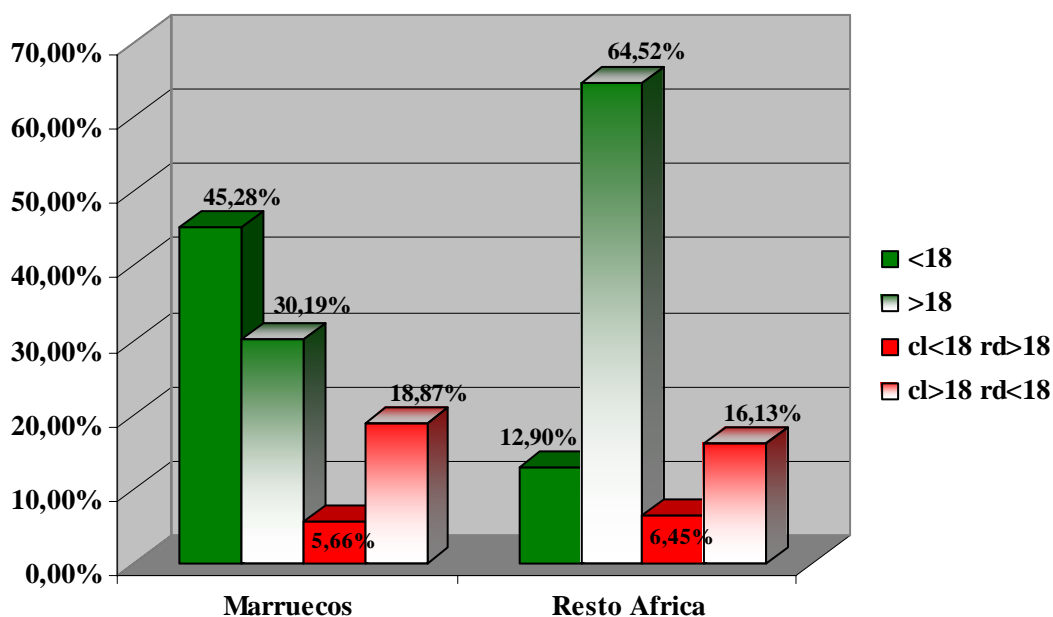
GRÁFICO 4.22-c CORRELACIÓN CLÍNICO - RADIOLÓGICA



4.1.11.4. Correlación Clínico Radiológica: Marruecos/Resto de África.

En el Gráfico 4.22-d se describen las coincidencias y discordancias entre el diagnóstico clínico y radiológicos en < y > de 18 años para los marroquíes y para el resto de africanos.

GRÁFICO 4.22-d. CORRELACIÓN CLÍNICO - RADIOLÓGICA MARRUECOS/RESTO DE ÁFRICA



4.1.11.5. Correlación entre el Juicio Clínico y el Juicio Radiológico.

Tabla de contingencia entre Juicio Clínico y Juicio Radiológico

		Radiológico		Total
		Menor	Mayor	
Clínico	Menor	28	5	33
	Mayor	15	36	51
Total		43	41	84

Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint(a)	T aproximada (b)	Sig. aprox.
Medida de acuerdo	Kappa	,526	,090	4,964	,000
N de casos válidos		84			

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Según los valores estándar Altman, DG (1991) manejados en bioestadística, la valoración del Índice Kappa para este estudio nos da una fuerza de concordancia que corresponde a un valor K de 0,526, dentro del intervalo 0,41-0,60, la cual es Moderada.

Valoración del Índice Kappa	
Valor de k	Fuerza de la concordancia
<0.20	Pobre
0.21 – 0.40	Débil
0.41 – 0.60	Moderada
0.61 – 0.80	Buena
0.81 – 1	Muy Buena

Altman DG. Practical statistics for medical research. New York: Chapman and Hall; 1991.

Numerosos estadistas afirman que cuando las técnicas empleadas por los observadores para llegar a un juicio de valor son distintas, se debe aumentar en 0.1 el índice resultante en k. En dicho caso este estudio pasaría a tener un índice de 0.626 y una fuerza de concordancia **Buena**. No obstante para la mayor parte de las situaciones se dice que acuerdos que oscilen entre 0,4 y 0,75 son aceptables.

El nivel de Significación aproximada, como se puede comprobar en la Tabla de contingencia, ha sido inferior a 0.05, lo cual hace rechazar la hipótesis que nos dice que las coincidencias mostradas por los resultados hayan sido debido al azar.

4.2. RESULTADOS CUALITATIVOS DE LOS INFORMES EDUCATIVOS Y ESCOLARES.

4.2.1. Informes Educativos. Consideraciones generales.

A continuación describimos los datos de la investigación cualitativa después de categorizar los veinte y cinco informes escolares y educativos.

Los datos reflejados en el Cuadro 1, 2 y 3 correspondientes al análisis cualitativo de los informes educativos y escolares, nos permiten hacernos una idea de las características personales de los adolescentes estudiados.

De las 10 mujeres: M01, M02, M03, y M04 son españolas, M05 y M06 de Rumanía, M07 China, M08 Colombiana, M09 Ecuatoriana y M10 de Guinea Ecuatorial.

M01 y M02 exhiben una conducta adecuada y afable tanto con los adultos como con sus iguales y en esta ocasión ambas están motivadas para estudiar y trabajar. La primera no ha superado el 1er ciclo de la ESO y la segunda no ha superado el 2º ciclo de la ESO. Las dos consumen tabaco y THC (principio activo del Cannabis).

M03 y M04 muestran una baja tolerancia a la frustración con los adultos, la primera es muy conflictiva e impulsiva con sus iguales y la segunda es selectiva. Ninguna de las dos están motivadas para estudiar ni para trabajar. M03 no ha superado el 1er ciclo de la ESO, consume Alcohol + tabaco + THC. M04 cursa 1º de Bachillerato y no consume tóxicos.

M05 presenta baja resistencia a la frustración, realiza llamadas de atención para obtener cariño con los adultos; con sus iguales se relaciona más con las chicas menores que ella. No está motivada para trabajar, no ha superado el 1er ciclo de la ESO. No consume tóxicos.

M06 acepta las normas, es agresiva en ocasiones con el adulto, con sus iguales se relaciona más con las chicas, No tiene motivación para estudiar ni trabajar. No ha superado 2º ciclo de la ESO. Consume alcohol + tabaco + THC.

M07 se manifiesta educada y correcta con los adultos, se aísla con los iguales, está motivada por aprender el castellano. No ha superado el 1er ciclo de la ESO. No consume tóxicos.

M08 posee una conducta cariñosa y agradecida con el adulto y buena con sus iguales, está motivada a seguir estudiando. Cursa 1º de Bachillerato. No consume tóxicos.

M09 con los adultos tiene una conducta selectiva y con los iguales varía desde el aislamiento hasta la provocación, está motivada por trabajar en una peluquería. No ha superado el 1er ciclo de la ESO. Consume alcohol + tabaco + THC.

M10 es muy selectiva, hermética y tosca con los no referentes, con los iguales es muy compleja, está motivada por trabajar. No ha superado el 1er ciclo de la ESO. Consume sólo alcohol.

De los 15 varones: H01, H02 y H03 son españoles; H04, H05, H06, H07, H08, H09, H10, H11, H12, H13, y H14 son marroquíes y H15 es de Mongolia.

H01 expone una integración buena tanto con adultos como con los iguales, carece de motivación. No ha superado el 1er ciclo de la ESO. No consume tóxicos.

H02 reconoce la autoridad del adulto. Duelo por la pérdida de su madre. Baja tolerancia a la frustración. Alto grado de ansiedad. No tiene motivación con los estudios ni con el trabajo. No ha superado el 1er ciclo de la ESO. Consume alcohol + tabaco + THC + Cocaína.

H03 es dependiente con los adultos, inseguro rectifica si es necesario y cumple las normas, con los iguales tiende al aislamiento, carece de motivación para estudiar o trabajar. No ha superado 2º ciclo de la ESO. Consume tabaco + THC.

H04 reclama la atención del adulto, pide ayuda y acepta el afecto. Con sus iguales es impulsivo. Está motivado por *aprender* castellano y encontrar trabajo como mecánico. No ha superado 1er ciclo de la ESO. Consume disolvente + tabaco + THC.

H05 es respetuoso y comunicador con el adulto, colaborador y solidario con sus iguales. Tiene motivación por *conocer* bien el castellano y encontrar trabajo. No ha superado el 1er ciclo de la ESO. No consume tóxicos.

H06 se manifiesta respetuoso y comunicador con el adulto, colaborador y solidario con sus iguales. Desea *instruirse* en el castellano y encontrar trabajo. NO ha superado el 1er ciclo de la ESO. No consume tóxicos.

H07 extrovertido, respetuoso y comunicador con el adulto, colaborador y solidario con sus iguales. Gran motivación por *formarse* en el castellano y encontrar trabajo de carpintería. No ha superado el 1er ciclo de la ESO. Consume tabaco + THC.

H08 se aprecia respetuoso y comunicador con los adultos, colaborador y solidario con sus iguales. Quiere *cultivarse* en el castellano y encontrar un trabajo. No escolarización. No consume tóxicos.

H09 se relaciona con respeto hacia el adulto, colaborador y solidario con los iguales. Está motivado por encontrar un trabajo. No ha superado el 1er ciclo de la ESO. No consume tóxicos.

H10 es muy espontáneo y comunicador con el adulto, con sus iguales colaborador y solidario. Está motivado por educarse en el castellano y encontrar un trabajo. No ha superado el 1er ciclo de la ESO. No consume tóxicos.

H11 se exhibe respetuoso y comunicador con el adulto, con sus iguales colaborador y solidario. Desea ilustrarse en el castellano y encontrar un trabajo. No ha superado el 1er ciclo de la ESO. No consume tóxicos.

H12 se da a conocer de forma respetuosa y comunicativa con el adulto, es colaborador y solidario con sus iguales. Motivación por asimilar el castellano y encontrar un trabajo. No ha superado el 1er ciclo de la ESO. No consume tóxicos.

H13 se presenta respetuoso y comunicador con el adulto y colaborador y solidario con los iguales. Su motivación es instruirse en el castellano y encontrar un trabajo. No ha superado el 1er ciclo de la ESO. No consume tóxicos.

H14 es un menor respetuoso y comunicativo con los adultos, con sus iguales es colaborador y solidario, está motivado por educarse en el castellano y encontrar un trabajo. No ha superado el 1er ciclo de la ESO. No consume tóxicos.

H15 se percibe una buena interrelación con los adultos y con sus iguales. Desea seguir estudiando y encontrar un trabajo. No ha superado 1er ciclo de la ESO. No consume tóxicos.

4.2.1.1. Conducta con los adultos.

A continuación describiremos los resultados para cada uno de las/los 25 menores estudiados.

M01 se mostró comunicadora y colaboradora. M02 mantuvo una buena actitud. M03 se adaptó a las rutinas y presentó baja tendencia a la frustración. M04 se comportó de igual manera que la anterior. M05 tuvo llamadas de atención con el fin de obtener cariño y consuelo, fue obediente y su resistencia a la frustración fue baja. M06 se abre de forma sencilla y espontánea aunque acepta poco las normas y en ocasiones se manifiesta de forma agresiva. M07 se comportó de forma adecuada y correcta. M08 Mostró una actitud correcta agradecida y cariñosa. M09 se manifestó selectiva. M10 fue selectiva con los desconocidos además de mostrarse tosca hermética.

H01 mantuvo una buena integración con los adultos. H02 mostró un alto grado de ansiedad, sentimientos de culpa por la pérdida de su madre y una baja tolerancia a la frustración, reconoce la autoridad del adulto. H03 se mostró dependiente e inseguro, pero cumplía las normas y rectificaba si era necesario. H04 reclama atención del adulto pide ayuda y acepta el afecto. H05 y H06 se muestran respetuosos y comunicadores. H07 es extrovertido, respetuoso y comunicador, H08, H09, H10, H11, H12, H13 y H14 se muestran respetuosos y comunicadores. H15 buena interrelación con los adultos.

4.2.1.2. Conducta con sus iguales.

M01 y M02 se mostraron afables. M03 mantuvo una actitud conflictiva e impulsiva. M04 se mostró selectiva. M05 mantuvo una mayor relación con chicas menores que ella. M06 se relacionó más con chicas que con chicos. M07 se aislaba debido a burlas. M08 tuvo una buena actitud con sus iguales. M09 se mostró variable iba desde el aislamiento a la provocación, llegando incluso al enfrentamiento. M10 se mostró muy compleja.

H01 mantuvo una buena conducta. H02 tendía al aislamiento y sólo se relacionaba con los que tenían conductas delictivas. H03 se aislaba. H04 impulsivo. H05, H06, H07, H08, H09, H10, H11, H12, H13 y H14 se mostraron colaboradores y solidarios. Finalmente H15 mantuvo una buena conducta con sus iguales.

4.2.1.3. Hábitos.

M01 mantuvo una higiene correcta, un sueño tranquilo y la alimentación fue adecuada, consumía tabaco y THC. M02 mantiene los mismos hábitos que la anterior, al tabaco y al THC añade el alcohol. M03 higiene correcta, sueño alterado necesita ansiolíticos, la alimentación es adecuada, consume alcohol, tabaco y THC. M04 correcta higiene, sueño alterado necesita ansiolíticos, alimentación inadecuada por Diabetes Tipo I y no consume tóxicos.

M05 higiene muy buena excepto en la bucodental, en las noches presenta pesadillas esporádicas, alimentación adecuada y no consume tóxicos. M06 muy descuidada en la higiene, el sueño es tranquilo, la alimentación es adecuada, consumo de alcohol, tabaco y THC. M07 higiene muy adecuada, duerme correctamente, alimentación adecuada, no consume tóxicos. M08 muy limpia y ordenada, sueño tranquilo, alimentación adecuada y no consume tóxicos. M09 correcta higiene, sueño intranquilo, necesita ansiolíticos, utiliza la alimentación como llamada de atención, consume alcohol, tabaco y THC. M10 higiene muy adecuada, sueño intranquilo necesita ansiolíticos, la alimentación la emplea para chantajear al adulto, consume alcohol.

H01 correcta higiene, sueño alterado necesita ansiolíticos, alimentación correcta, no tóxicos. H02 higiene correcta, sueño tranquilo, alimentación correcta, consumo de alcohol, tabaco, THC y cocaína. H03 higiene correcta, sueño tranquilo, alimentación adecuada, alcohol, tabaco y THC. H04 correcta higiene excepto en la bucodental, sueño tranquilo, alimentación adecuada, tabaco, THC y disolvente. H05 higiene correcta incluida la bucodental, sueño tranquilo, alimentación inadecuada por Ramadán y no consume tóxicos. H06 correcta, excepto higiene bucodental, sueño tranquilo, alimentación adecuada no tóxicos. H07 higiene correcta excepto bucodental, sueño tranquilo, alimentación adecuada, tabaco y THC. H08, H09, H10, H11 mantienen una correcta higiene excepto la bucodental, un sueño tranquilo, la alimentación es adecuada y no consumen tóxicos. H12 correcta higiene menos la bucodental, sueño tranquilo, alimentación inadecuada por el Ramadán y no consumo de tóxicos. H13 y H14 mantienen correcta higiene excepto en la bucodental, sueño tranquilo, adecuada alimentación y no consumo de tóxicos. H15 higiene muy correcta, sueño muy tranquilo y no consumo de tóxicos.

4.2.1.4. Motivación.

M01 taller de peluquería. M02 iniciarse en el mundo laboral. M03, M04, M05 y M06 no tienen ninguna motivación. M07 quería aprender castellano. M08 estaba motivada y deseaba seguir estudiando. M09 pretendía trabajar en una peluquería. M10 deseaba trabajar y ganar dinero.

H01 no tenía ninguna motivación. H02 desintoxicarse pero no tenía con un proyecto de vida. H03 sin motivación alguna. H04 aprender castellano, taller de mecánica y encontrar trabajo. H05 y H06 aprender castellano y encontrar trabajo. H07 aprender castellano, taller de carpintería y encontrar trabajo. H08 aprender castellano y encontrar trabajo. H09 encontrar trabajo y hablar español. H10, H11, H12, H13 y H14 aprender castellano y encontrar trabajo. H15 encontrar trabajo y seguir estudiando.

4.2.2. Informes Escolares.

Describiremos a continuación como se han comportado estas tres variables.

4.2.2.1. Idioma Español.

M01 alta comprensión y expresión del idioma español. Escribe y lee a un alto nivel. M02 alta comprensión y expresión. Escribe y lee español. M03 comprensión y expresión alta. Escribe y lee a nivel medio. M04 alta comprensión y expresión. Escribe y lee a un alto nivel. M05 comprensión y expresión media e iniciada en la escritura y la lectura del español. M06 alta comprensión y expresión. Escribe y lee a nivel medio. M07 comprensión y expresión a nivel medio. Escribe y lee español. M08 alta comprensión y expresión. Escribe y lee a nivel alto. M09 y M10 presentan alta comprensión y expresión. Escriben y leen a nivel medio-bajo.

H01 y H02 mantienen una alta comprensión y expresión del idioma. Escriben y leen bien. H03 comprensión y expresión altos. Escribe y lee a nivel medio. H04 comprensión y expresión media. Escribe y lee con dificultad. Nivel de español bajo. H05 nivel en comprensión y expresión medio. Escribe y lee árabe y un nivel mínimo de francés. H06 baja comprensión y expresión. No escribe ni lee español. H07 comprensión y expresión media. Escribe y lee árabe, nivel de español bajo. H08 comprensión y expresión bajo. No escribe ni lee árabe. H09 bajo nivel de comprensión y expresión del español. Escribe y lee el español con un nivel bajo. Conoce el francés. H10 comprensión y expresión alta. Escribe y lee al dictado. H11 comprensión y expresión media. Escribe y lee a un nivel bajo. H12 comprensión y expresión media. Se expresa con dificultad. Escribe y lee español con soltura. H13 comprensión y expresión baja. Se expresa y lee poco. Francés básico. H14 comprensión y expresión baja, se expresa poco. Escribe y lee árabe. Francés básico. H15 comprensión baja. Expresión básica del idioma español. Escribe y habla inglés.

4.2.2.2. Nivel de Escolarización.

M01 No ha superado el primer ciclo de la ESO. M02 no ha superado el segundo ciclo de la ESO. M03 No ha superado el primer ciclo de la ESO. M04 cursa bachillerato. M05 no supera el primer ciclo de la ESO. M06 no supera el segundo ciclo de la ESO. M07 no supera el primer ciclo de la ESO. M08 cursa bachillerato. M09 y M10 no supera en el primer ciclo de la ESO.

H01 y H02 no han superado el primer ciclo de la ESO. H03 no supera el segundo ciclo de la ESO. H04, H05, H06 y H07 no han superado el primer ciclo de la ESO. H08 no escolarizado. H09, H10, H11, H12, H13, H14 y H15 no han superado el primer ciclo de la ESO.

4.2.2.3. Orientación a Seguir.

M01 se le propone continuar en el primer ciclo de la ESO. M02 se le sugiere asistir a un aula taller. M03 se le plantea continuar en primer ciclo de la ESO. M04 continuar con estudios de bachillerato. M05 debe asistir a un aula taller. M06 asistir a una aula de compensación educativa. M07 continuar en primer ciclo de la ESO. M08 seguir sus estudios de bachillerato. M09 asistir a un aula de compensación educativa. M10 incorporarse a un aula taller.

H01 continuar en primer ciclo de la ESO. H02 asistir a un aula taller. H03 iniciarse en el mundo laboral. H04 incorporarse a un aula de bienvenida. H05 iniciarse en un aula taller. H06 incorporación a un aula de bienvenida. H07, H08, H09, H10 incorporarse a un aula taller. H11 incorporación a un aula de bienvenida. H12, H13, H14 y H15 incorporación a un aula taller.

Cuadro 1.a. Informes Educativos Mujeres

		CONDUCTA	
	Procedencia	Con los Adultos	Con sus Iguales
M01	Madrid	Comunicadora y colaboradora	Afable
M02	Madrid	Buena	Afable
M03	Madrid	Se adapta a la rutina. Baja tolerancia a la frustración.	Conflictiva, impulsividad.
M04	Madrid	Se adapta a la rutina. Baja tolerancia a la frustración.	Selectiva
M05	Rumanía	Llamadas de atención para obtener cariño y consuelo. Obediente. Baja resistencia a la frustración	Más relación con chicas menores que ella.
M06	Rumanía	Se abre de forma sencilla y espontánea. Acepta poco las normas. Agresiva ocasionalmente	Más relación con las chicas.
M07	China	Educada y Correcta	Se aísla por burlas.
M08	Colombia	Correcta, Agradecida y Cariñosa	Buena
M09	Ecuador	Selectiva	Varía desde el aislamiento hasta la provocación. Ha llegado al enfrentamiento.
M10	Guinea Ecuatorial	Selectiva, con sus no referentes, tosca y hermética	Complejas

Cuadro 1.b. Informes Educativos Hombres

		CONDUCTA	
	Procedencia	Con los Adultos	Con sus Iguales
H01	Madrid	Buena integración	Buena
H02	Madrid	Alto grado de ansiedad, sentimientos de culpa por pérdida de su madre. Tolerancia baja a la frustración. Reconoce autoridad del adulto.	Tendencia al Aislamiento. Sólo se relaciona con los que tienen conductas delictivas
H03	Madrid	Dependiente, inseguro, cumple normas, rectifica si es necesario.	Aislamiento
H04	Marruecos	Reclama atención del adulto, pide ayuda, acepta el afecto.	Impulsivo
H05	Marruecos	Respetuoso, comunicador	Colaborador, Solidario.
H06	Marruecos	Respetuoso, comunicador	Colaborador, Solidario.
H07	Marruecos	Extrovertido, respetuoso, comunicador.	Colaborador, Solidario.
H08	Marruecos	Respetuoso, comunicador	Colaborador, Solidario.
H09	Marruecos	Respetuoso, comunicador	Colaborador, Solidario.
H10	Marruecos	Respetuoso, comunicador	Colaborador, Solidario.
H11	Marruecos	Respetuoso, comunicador	Colaborador, Solidario.
H12	Marruecos	Respetuoso, comunicador	Colaborador, Solidario.
H13	Marruecos	Respetuoso, comunicador	Colaborador, Solidario.
H14	Marruecos	Respetuoso, comunicador	Colaborador, Solidario.
H15	Mongolia	Buena interrelación	Buena

Cuadro 2.a. Informes Educativos Mujeres

		HÁBITOS				
	Procedencia	Higiene	Sueño	Alimentación	Tóxicos	MOTIVACIÓN
M01	Madrid	Correcta	Tranquilo	Adecuada	Tabaco + THC	Taller de peluquería
M02	Madrid	Correcta	Tranquilo	Adecuada	Alcohol + Tabaco + THC	Inicio en el mundo laboral
M03	Madrid	Correcta	Alterado, necesita ansiolíticos	Adecuada	Alcohol + Tabaco + THC	Sin motivaciones
M04	Madrid	Correcta	Alterado, necesita ansiolíticos	Inadecuada por Diabetes tipo I.	No	Sin motivaciones
M05	Rumanía	Muy buena, excepto en higiene bucodental	Pesadillas esporádicas.	Adecuada	No	Sin motivaciones
M06	Rumanía	Muy descuidada.	Tranquilo	Adecuada	Alcohol + Tabaco + THC	Sin motivaciones
M07	China	Muy Adecuada	Correcto	Adecuada	No	Aprender Castellano
M08	Colombia	Limpia y Ordenada	Tranquilo	Adecuada	No	Seguir estudiando
M09	Ecuador	Correcta	Intranquilo, necesita ansiolíticos	La utiliza como llamadas de atención.	Alcohol + Tabaco + THC	Trabajar en una peluquería
M10	Guinea Ecuatorial	Muy adecuada	Intranquilo, tiene pesadillas, necesita ansiolíticos	La emplea para chantajear al adulto.	Alcohol	Trabajar y ganar dinero

Cuadro 2.b. Informes Educativos Hombres

	Procedencia	HÁBITOS				MOTIVACIÓN
		Higiene	Sueño	Alimentación	Tóxicos	
H01	Madrid	Correcta	Alterado, necesita ansiolíticos	Correcta	No	Sin motivaciones
H02	Madrid	Correcta	Intranquilo	Correcta	Alcohol + Tabaco + THC + Cocaína	Deshabitación de tóxicos, no proyecto de vida.
H03	Madrid	Correcta	Tranquilo	Adecuada	Alcohol + Tabaco + THC	Sin motivaciones
H04	Marruecos	Correcta, excepto en higiene bucodental	Tranquilo	Adecuada	Tabaco + THC + Disolvente	Aprender Castellano, Taller mecánica. Encontrar trabajo
H05	Marruecos	Correcta, incluida higiene bucodental	Tranquilo	Inadecuada por Ramadán	No	Aprender Castellano, Encontrar trabajo
H06	Marruecos	Correcta, excepto en higiene bucodental	Tranquilo	Adecuada	No	Aprender Castellano, Encontrar trabajo
H07	Marruecos	Correcta, excepto en higiene bucodental	Tranquilo	Adecuada	Tabaco + THC	Aprender Castellano, Taller carpintería. Encontrar trabajo
H08	Marruecos	Correcta, excepto en higiene bucodental	Tranquilo	Adecuada	No	Aprender Castellano, Encontrar trabajo
H09	Marruecos	Correcta, excepto en higiene bucodental	Tranquilo	Adecuada	No	Encontrar trabajo. Habla español.
H10	Marruecos	Correcta excepto en higiene bucodental	Tranquilo	Adecuada	No	Aprender Castellano, Encontrar trabajo
H11	Marruecos	Correcta excepto en higiene bucodental	Tranquilo	Adecuada	No	Aprender Castellano, Encontrar trabajo
H12	Marruecos	Correcta excepto en higiene bucodental	Tranquilo	Inadecuada por Ramadán	No	Aprender Castellano, Encontrar trabajo
H13	Marruecos	Correcta excepto en higiene bucodental	Tranquilo	Adecuada	No	Aprender Castellano, Encontrar trabajo
H14	Marruecos	Correcta excepto en higiene bucodental	Tranquilo	Adecuada	No	Aprender Castellano, Encontrar trabajo
H15	Mongolia	Muy correcta	Tranquilo	Correcta	No	Encontrar trabajo y seguir estudiando

Cuadro 3.a. Informes Escolares Mujeres

	Procedencia	Idioma Español		Nivel de Escolarización	Orientación a seguir
		Comprensión	Expresión		
M01	Madrid	Alta	Alta. Escribe y lee nivel alto	No superado primer ciclo de la ESO	Continuar en primer ciclo de la ESO
M02	Madrid	Alta	Alta. Escribe y lee Español	No superado segundo ciclo de la ESO	Aula Taller
M03	Madrid	Alta	Alta. Escribe y lee nivel medio	No superado primer ciclo de la ESO	Continuar en primer ciclo de la ESO
M04	Madrid	Alta	Alta. Escribe y lee nivel alto	Cursa Bachillerato	Continuar estudios de Bachillerato
M05	Rumanía	Media	Media. Escritura y Lectura iniciada	No superado primer ciclo de la ESO	Aula Taller
M06	Rumanía	Alta	Alta. Escribe y lee nivel medio	No superado segundo ciclo de la ESO	Asistencia a un Alua de Compensación Educativa
M07	China	Media	Media. Escribe y lee Español	No superado primer ciclo de la ESO	Continuar en primer ciclo de la ESO
M08	Colombia	Alta	Alta. Escribe y lee nivel alto	Cursa Bachillerato	Continuar estudios de Bachillerato
M09	Ecuador	Alta	Alta. Escribe y lee nivel medio-bajo	No superado primer ciclo de la ESO	Asistencia a un Alua de Compensación Educativa
M10	Guinea Ecuatorial	Alta	Alta. Escribe y lee nivel medio-bajo	No superado primer ciclo de la ESO	Aula Taller

Cuadro 3.b. Informes Escolares Hombres

	Procedencia	Idioma Español		Nivel de Escolarización	Orientación a seguir
		Comprensión	Expresión		
H01	Madrid	Alto	Alto. Escribe y lee bien	No superado primer ciclo de la ESO	Continuar en primer ciclo de la ESO
H02	Madrid	Alto	Alto. Escribe y lee bien	No superado primer ciclo de la ESO	Aula Taller
H03	Madrid	Alto	Alto. Escribe y lee nivel medio	No superado segundo ciclo de la ESO	Iniciarse en el mundo laboral
H04	Marruecos	Medio	Medio. Escribe y lee con dificultad. Nivel Español bajo	No superado primer ciclo de la ESO	Incorporación a un Aula de Bienvenida
H05	Marruecos	Medio	Medio. Escribe y lee Árabe. Francés mínimo	No superado primer ciclo de la ESO	Aula Taller
H06	Marruecos	Bajo	Bajo. No escribe ni lee Español	No superado primer ciclo de la ESO	Incorporación a un Aula de Bienvenida
H07	Marruecos	Medio	Medio. Escribe y lee Árabe. Nivel Español bajo.	No superado primer ciclo de la ESO	Aula Taller
H08	Marruecos	Bajo	Bajo. No escribe ni lee Árabe	No Escolarización	Aula Taller
H09	Marruecos	Bajo	Bajo. Escribe y lee Español nivel bajo. Conoce el Francés.	No superado primer ciclo de la ESO	Aula Taller
H10	Marruecos	Alto	Alto. Escribe y lee al dictado	No superado primer ciclo de la ESO	Aula Taller
H11	Marruecos	Medio	Medio. Escribe y lee nivel bajo.	No superado primer ciclo de la ESO	Incorporación a un Aula de Bienvenida
H12	Marruecos	Medio	Medio. Se expresa con dificultad. Escribe y lee Español con soltura	No superado primer ciclo de la ESO	Aula Taller
H13	Marruecos	Bajo	Bajo. Se expresa poco. Lee poco. Francés básico.	No superado primer ciclo de la ESO	Aula Taller
H14	Marruecos	Bajo	Bajo. Se expresa poco. Escribe y lee Árabe. Francés básico	No superado primer ciclo de la ESO	Aula Taller
H15	Mongolia	Bajo	Básico. Escribe y habla Inglés	No superado primer ciclo de la ESO	Aula Taller

5. DISCUSIÓN.

5.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS CUANTITATIVOS DE LOS DATOS CLÍNICOS.

Nuestro universo de trabajo estuvo formado por 1408 menores, para ello hemos utilizado la estadística descriptiva con el objeto de resumir en tablas, y gráficos (algunos parámetros estadísticos: media aritmética, desviación típica) un conjunto de datos, ofreciéndonos un resumen completo y una visión general del estudio realizado. (Álvarez Cáceres, R 1996).

Los años de mayor recepción fueron: el 2005 y el 2007 con 23,58 % y 20,31% respectivamente. El año que menos ingresos tuvo fue el 2006 con 242 menores para un 17,19%.

El sexo predominante durante estos años fue el masculino con un 67,47% y 32,53% para las féminas.

El Continente que mayor número de inmigrantes aportó fue el Africano con un total de 837 para un 59,45% seguido de Europa 31,53%, América 8,10% y Asia 0,92%.

Los países de procedencia más significativos fueron: Marruecos (47,73%), seguido de España (24,29%) a continuación Rumania (4,83%), después Ecuador (2,34%) y con menos del 2% República Dominicana, Colombia, Ghana, Nigeria, Camerún, Guinea Conakry, Guinea Ecuatorial y República del Congo.

A pesar de ser el Continente africano el que mayor número de menores proporcionó a nuestro estudio, podemos destacar que España fue el segundo país en aportar ingresos a los servicios de protección del Centro de 1ª Acogida Hortaleza.

En los Motivos de Ingreso, reflejados en el artículo 172 de la Ley del Código Civil 21/87, podemos destacar que la primera causa fue la Situación Irregular en España, provocado entre otras por la inestabilidad en la aplicación de las Leyes de Extranjería y por el incumplimiento de los convenios entre el Reino de Marruecos y el estado español de fecha 23 de Diciembre de 2003 (Ver Anexo VI).

La segunda, los Malos Tratos físicos propinados por los familiares más directos (padre, hermanos, tíos, parejas) casi todos vinieron acompañados por un parte de lesiones y una orden de alejamiento del agresor.

El tercer motivo de ingreso fue el Conflicto Familiar, en este acápite se incluyen problemáticas tales como: el rechazo que sienten algunas familias hacia sus hijos y viceversa, la expulsión del domicilio familiar, las fugas del domicilio y la pérdida de autoridad de los padres.

Los Conflictos Familiares están muy presentes en la sociedad española y en otras sociedades desarrolladas e incluso subdesarrolladas. Qué causas motivan estos conflictos, creo que hay que ir a buscar en los orígenes de la socialización de esos menores y conocer cuándo comenzaron a establecerse los límites y en qué momento de su educación se empleó por vez primera la inteligencia emocional.

Medidas Antropométricas.

En relación a la variable Peso podemos inferir que el Normopeso prevaleció tanto en los menores autóctonos como en los inmigrantes sobre la Obesidad Tipo I y Tipo II, el Peso Insuficiente y el Sobrepeso Grado I y II.

El Histograma de frecuencias para la variable Peso analizada, tanto en niñas como en niños, nos da un resultado de asimetría positiva ligera, no obstante se comporta de forma muy cercana a la representación de la curva normal.

Referente a la variable Talla es evidente el predominio de la Talla normal sobre la Talla Alta y Baja.

Como nos muestra el Histograma de frecuencias para la variable Talla, tanto en niñas como en niños, nos da un resultado muy similar para ambos, siendo éste muy cercano a la representación de la curva normal.

El Diagrama de Dispersión correspondiente al análisis de la variable Peso y Talla tanto en las niñas como en los niños, nos da una relación lineal alta y positiva.

Malos tratos.

En nuestro estudio pudimos corroborar que el sexo femenino recibió más Malos tratos que el masculino. Siendo un 23,81% en las mujeres autóctonas y el 36,29% en las inmigrantes. En relación al sexo masculino, los inmigrantes maltratados fueron 2,20%, mientras que los autóctonos llegaron al 2,27%.

Enfermedades infecciosas.

Dentro de las enfermedades infecciosas la Tuberculosis Latente es la más representativa dentro de los inmigrantes con 164 casos, ello significa que estos menores han estado en contacto con la bacteria *Mycobacterium Tuberculosis* que es el agente causal de la Enfermedad Tuberculosa.

Estos adolescentes, en un momento dado de sus vidas, pueden o no desarrollar la enfermedad si fuman, si consumen drogas si están en contacto con quienes padecen tuberculosis activa, una vez realizada la radiografía de tórax en la consulta de Pediatría del Hospital Carlos III con el Dr. Martín Fontelos, se les indica un tratamiento profiláctico con Cimidón B6 durante nueve meses para protegerlos e impedir que lleguen a desarrollar la enfermedad activa.

En segundo y tercer lugar dentro de la misma población inmigrante aparecen la Enfermedad Paradontal con 26 y la Sepsis Oral con 15, seguidos de Bronquitis y la Amigdalitis con 11 y 10 respectivamente.

En los autóctonos aparecen 13 con Tuberculosis Latente seguidos de 10 con Enfermedad Paradontal el resto de las enfermedades infecciosas poseen poca representatividad.

En relación al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida sólo hallamos un inmigrante frente a cuatro autóctonos que habían desarrollado la enfermedad. La vía de contagio de los españoles fue por vía placentaria y en el caso del inmigrante se produjo por no usar el preservativo en su primera relación sexual, el diagnóstico de SIDA fue realizado y seguido en la consulta de infeccioso del Hospital Universitario Gregorio Marañón.

Test de la tuberculina.

La población adolescente inmigrante de nuestra muestra de estudio que ha resultado positiva al test de la tuberculina 15,38%, nos hace inferir que no constituye una alarma social grave pero sí debe descartarse en cada uno de ellos mediante estudio radiológico, la presencia de Tuberculosis Activa.

Caries.

Esta variable demuestra con creces que predomina en las/los inmigrantes debido a la carencia de hábitos de higiene bucodental siendo en el sexo femenino 8,47% y en los varones 11,61%. En los autóctonos, las mujeres con caries ocuparon el 4,29% y en los hombres 4,55%. Ello coincide con la investigación realizada en la Comunidad Aragonesa en adolescentes

inmigrantes, donde prevalecieron las enfermedades odontológicas como consecuencia de infecciones o ausencia de una higiene adecuada. (Oliván Gonzalvo, G 2000).

Enfermedades de la Piel.

La más destacada ha sido la pitiriasis versicolor, ésta es una infección fúngica superficial producida por *Malassezia furfur*, un hongo lipofílico dimórfico que coloniza la capa córnea. La infección es más frecuente en adolescentes, posiblemente debido al incremento en la secreción sebácea en este período, pero puede afectar a cualquier grupo de edad. La enfermedad es muy común en zonas tropicales, pero también aparece en individuos que habitan zonas de clima templado. (Sunenshine PJ & et al 1998).

La entidad más frecuente en inmigrantes ha sido la pitiriasis con un 15,10% seguido de la epidermofitosis con un 6,47% y el acné juvenil con un 4,69%, mientras que en los autóctonos aparecieron con igual porcentaje la pitiriasis y el acné juvenil. El resto de las enfermedades de la piel, onicomycosis, eczemas, verrugas vulgares, miliaria tenían porcentajes poco significativos.

A esta conclusión sobre las infecciones cutáneas presentes en jóvenes inmigrantes causadas por la falta de hábitos higiénicos ha llegado también (Oliván Gonzalvo, G 2000).

Enfermedades de la Sangre.

La anemia ferropénica fue la más representativa en el colectivo de inmigrantes con un número total de 48 menores afectados debido a la inanición y al poco aporte de alimentos ricos en hierro, mientras que en la población autóctona sólo 14 tenían ésta anemia, el resto de las enfermedades de la sangre no fueron representativas, ya que sólo la padecían uno o dos menores.

Enfermedades del Sistema Nervioso.

En nuestro estudio ocho inmigrantes padecían epilepsia. Dentro de los autóctonos sólo dos sufrían esta enfermedad.

La presencia de Retardo Psicomotor, Síndrome de la Tourette e Hipertonía en MMSS + Paraparesia en MMII, han sido poco significativos.

La epilepsia es un trastorno cerebral caracterizado por convulsiones impredecibles y recurrentes que ocurren de forma espontánea sin factores etiológicos consistentes.

Las convulsiones son movimientos musculares bruscos (tónico-clónicos) que se producen como consecuencia de una disfunción fisiológica temporal del cerebro en la que las células nerviosas provocan un exceso de descargas eléctricas. En algunas ocasiones, las convulsiones se relacionan con una condición temporal, como exposición a drogas, supresión de algunos medicamentos o niveles anormales de sodio o glucosa en sangre. En estos casos, es posible que las convulsiones repetitivas no reaparezcan una vez que se corrija el problema subyacente.

En otras ocasiones, las lesiones cerebrales bien sean por accidentes cerebro vasculares, traumatismos craneales secundarios a accidentes de tráfico y las agresiones conducen a que el tejido cerebral se dañe y aparezcan contracciones tónico clónicas generalizadas.

Algunas convulsiones son idiopáticas, es decir que no se puede identificar su causa, estas se dan entre las edades de 5 a 20 años, pero pueden ocurrir a cualquier edad. Las personas con esta condición no tienen otros problemas neurológicos, pero sí pueden tener antecedentes familiares de convulsiones o epilepsia.

Dentro de las causas más comunes de convulsiones tenemos:

- Problemas del desarrollo: de tipo genético; lesiones perinatales.
- Anomalías metabólicas: diabetes, desequilibrios electrolíticos, uremia, insuficiencia renal, fenilcetonuria, metabolopatía congénita.
- Consumo de cocaína, anfetaminas, alcohol y otras drogas psicoactivas.
- Síndrome de abstinencia de alcohol.
- Síndrome de abstinencia de drogas (barbitúricos y benzodiazepinas).
- Lesiones cerebrales en el curso de tumores, hematomas, infecciones tales como: meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales, la neurosífilis y complicaciones del VIH. (Kantor, D 2006).

Enfermedades psiquiátricas.

Los resultados obtenidos en relación a las Enfermedades de Salud Mental más relevantes son. *Los Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador* con un total de 67 casos, que incluyen: los Trastornos por Déficit

de Atención y Comportamiento Perturbador sin clasificar, Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador Trastorno Disocial y Trastorno por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador por Déficit de Atención e Hiperkinesia.

Se desmarcan del anterior con 16 menores y mayor incidencia en inmigrantes, los Trastornos del Estado del Ánimo que incluyen: sin clasificar, Trastorno Bipolar, Trastorno Depresivo No especificado y Trastornos Distímico.

A continuación encontramos las Urgencias Psiquiátricas con igual representación de sexos y un número mayor en inmigrantes.

Con igual número de casos 11, aparecen los Trastornos de Adaptación y Retraso Mental con mayor representatividad en los autóctonos.

Por último señalaremos los Trastornos de Personalidad sin clasificar con un total de 7 en autóctonos y 3 en inmigrantes.

Por Stress post-traumático sólo tuvimos a un menor afectado y éste era inmigrante, ha sido el único diagnóstico equiparable al Síndrome de Ulises en nuestra investigación.

El resto de las entidades psiquiátricas halladas tenían una representación entre 1 y 7 casos.

Otras enfermedades.

En este apartado se seleccionaron las patologías que necesitaban de la intervención de especialistas. Podemos destacar en primer lugar la Ortopedia y Traumatología con una mayor incidencia en inmigrantes, seguida de Cardiología por la presencia de soplos cardíacos hallados en el examen físico; esto se repite en las Consultas de Máxilofacial y Oftalmología, en las alergias estaba casi igualado. En el resto, el comportamiento fue poco significativo.

Consultas externas.

Podemos destacar que las citas para que nuestros menores fuesen atendidos se consiguieron en apenas 72 horas, excepto las de Cardiología, Estomatología, Neurología y Oftalmología que requerían hasta 28 días.

La consulta que mayor afluencia ha tenido en nuestro estudio fue la de Psiquiatría donde asistieron 66 autóctonos y 51 inmigrantes, seguida de las Enfermedades Infecciosas con 84 inmigrantes y 9 autóctonos.

Destacamos la consulta de Radiodiagnóstico para los inmigrantes. En Ginecología y Obstetricia asistieron 25 inmigrantes y 15 autóctonas. Seguidas de Ortopedia y Traumatología con 19 inmigrantes y 13 autóctonos. En Cardiología fueron el doble de inmigrantes 18.

A la consulta de Endocrinología y Nutrición asistieron 17 autóctonos y nueve inmigrantes. En Estomatología 8 autóctonos y 18 inmigrantes. Al centro de atención a Drogodependientes (CAID) fueron enviados 14 autóctonos y 8 inmigrantes, mientras que en Neurología se atendieron 17 inmigrantes y 5 autóctonos.

Por último destacaremos que en Planificación Familiar el número de autóctonas e inmigrantes fueron las mismas, 11. En Oftalmología y Psicología el número de inmigrantes atendidos fue el doble de los autóctonos. En el caso de Otorrinolaringología se atendieron al mismo número de inmigrantes y autóctonos.

Embarazos.

De las 458 mujeres de nuestra investigación, 28 quedaron embarazadas, de ellas 23 continuaron la gestación y sólo 5 decidieron interrumpirla.

El 89,92% de los test de embarazos, realizados a inmigrantes dieron negativos y el 6,85% fueron positivos sólo el 0,40% se llegó a realizar la interrupción voluntaria de embarazo.

En las mujeres autóctonas el 87,62% dio negativo en el test de embarazo y el 5,24% fue positivo, no llevaron a término el embarazo el 1,90%.

Considerando que física y emocionalmente no es hasta los 25 años que se alcanza un nivel de madurez suficiente para ser madre, la mayoría de las chicas decidieron por propia voluntad continuar el embarazo, otras sin embargo tenían muy claro que no deseaban ser “madres adolescentes” y optaron por la interrupción.

Cuando una adolescente o mujer recurre a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) ello significa que han fallado las actuaciones de promoción de la salud que comienzan con la información y educación afectivo sexual y

continúan con el acceso adecuado y el uso correcto de los métodos anticonceptivos.

El Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), considera que la salud sexual y reproductiva en general y la de la gente joven en particular, es un componente esencial de la salud individual y colectiva. También tiene en cuenta que el acceso a métodos anticonceptivos seguros y de probada eficacia así como una adecuada información sobre su uso de acuerdo con las necesidades y las preferencias personales, contribuye a mejorar la salud sexual y reproductiva de los individuos, las familias y la sociedad.

Los patrones de comportamiento sexual de los jóvenes están cambiando, las/los jóvenes actuales refieren mantener con mayor frecuencia y más precozmente relaciones sexuales cóitales y las realizan en condiciones que no siempre son seguras desde el punto de vista de la prevención de los embarazos no deseados y de las infecciones de transmisión sexual.

Consumo de Tóxicos.

En nuestro estudio, las drogas psicoactivas de consumo más extendidas han sido el tabaco y el alcohol dentro de las llamadas legales y el cannabis y la cocaína son las más representativas dentro de las ilegales.

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) es una de las agencias descentralizadas de la Unión Europea. Se creó en 1993, tiene su sede en Lisboa y es la principal fuente de información sobre drogas y toxicomanías en Europa.

El OEDT recopila, analiza y difunde información objetiva, fiable y comparable sobre las drogas y las toxicomanías, con lo que proporciona a los interesados una imagen basada en datos empíricos del fenómeno de las drogas en Europa.

Las publicaciones del Observatorio constituyen una fuente de información primordial para un gran número de interesados, entre ellos los responsables de la adopción de políticas y sus asesores; profesionales e investigadores que trabajan en el campo de las drogas; y, de manera más general, los medios y el público en general. El Informe Anual del OEDT (2007), presenta una visión general sobre el fenómeno de las drogas en la Unión Europea, es un libro de referencia fundamental para quienes deseen conocer los últimos descubrimientos sobre drogas en Europa.

Una tendencia general en la política europea ha consistido en reducir la aplicación de medidas penales por posesión y consumo de pequeñas cantidades de cannabis y adoptar en su lugar, planteamientos orientados a la prevención y el tratamiento. Desde el año 2000 muchos países comunitarios han registrado descensos en el número de muertes relacionadas con las drogas, ello se debe a una mayor provisión de servicios o cambios en la cifras de consumidores de heroína por vía parenteral, sin embargo, esta tendencia no ha tenido continuidad en 2004 y 2005 donde la proporción de jóvenes que figuran entre estas muertes han aumentado.

La muerte por sobredosis no es el único riesgo para la salud que afecta a los consumidores de drogas. La mortalidad en los drogadictos supera diez veces, la de la población en general.

Es necesario, por lo tanto, desarrollar un planteamiento más exhaustivo para tratar las necesidades tanto de salud física como mental de este grupo y reducir significativamente la morbi-mortalidad asociadas al consumo crónico de drogas.

La necesidad de prevenir los delitos relacionados con las drogas ocupa un lugar prioritario en la agenda política europea, como ilustra el hecho de que la actual estrategia comunitaria en materia de drogas identifique este objetivo como un ámbito de actuación clave para garantizar un elevado nivel de seguridad para el público en general.

Entre las tareas planeadas en el plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2005-2008 se encuentra la adopción de una definición común del término «delincuencia relacionada con la droga» que, partiendo de una propuesta de la Comisión Europea, deberá elaborarse sobre la base de estudios presentados por el OEDT.

Lo que se entiende por «delincuencia relacionada con la droga» varía según las distintas disciplinas y profesiones, pero se considera, que, por regla general, incluye cuatro amplias categorías: *delitos psicofarmacológicos* (los cometidos bajo los efectos de una sustancia psicoactiva), *delitos compulsivos con fines económicos* (los cometidos para obtener dinero/bienes/drogas), *delitos sistemáticos* (los cometidos en el marco del funcionamiento de los mercados de drogas ilegales) y *delitos contra la legislación en materia de drogas* (incluyendo el consumo, la posesión, la venta, el tráfico, etc. (OEDT 2007a).

Los programas preventivos interactivos basados en el modelo de influencia social o las habilidades de vida han demostrado ser válidos en las

escuelas, pero las medidas aplicadas de forma aislada por ejemplo, comunicación de información, educación afectiva u otras no interactivas, se han evaluado de forma negativa. (Bühler, A y Coger, C 2006).

Una razón que se aduce a menudo para no aplicar los programas modelo es que estos no serían adaptables a las condiciones locales y no responderían a las necesidades concretas de comunidades específicas. Ives, R (2006). Sin embargo, un contra argumento, es la aplicación de los programas de influencia social en las escuelas, ampliamente extendidos en Alemania, Dinamarca, España, Grecia, Irlanda y Noruega.

En España se aplican programas de prevención estandarizados que consisten en que los protocolos proporcionan pautas claras que permiten crear infraestructuras y sistemas de formación para el profesorado facilitando la definición de normas comunes de ejecución, aún cuando las características de las escuelas y la comunidad sean muy dispares. (Ministerio de Sanidad y Consumo 2006a).

Algunos de los resultados obtenidos en la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar para la Comunidad Autónoma de Madrid en 2006, señalan que el alcohol es la sustancia más consumida entre los jóvenes de 14 a 18 años y el tabaco es la segunda.

El consumo de THC más bebidas alcohólicas, está focalizado los fines de semana; éste se hace más frecuente en espacios públicos como: calles, plazas, parques. Las bebidas se adquieren en tiendas, kioscos, bodegas y supermercados.

El alcohol, THC y el tabaco parecen presentar una relación mutua, en el sentido de que el empleo de una de estas tres, conduce en gran medida al consumo de las otras dos. La medida de la utilización de estas sustancias es muy complicado de determinar por la gran variedad de tipos y la imposibilidad de determinar la proporción de la mezcla. (Organización Mundial de la Salud 2002).

Entre los hallazgos de la investigación podemos destacar que el sexo que más consume Tabaco más THC es el femenino para un 24,02%, seguido de los varones 21,68%. A continuación aparece la combinación de Tabaco más Alcohol más THC también consumido mayoritariamente por mujeres 19,87% seguido de los hombres con un 6,74%. Por último destacaremos que el consumo de Tabaco fue similar tanto para hombres como para mujeres.

Analizando el consumo de tóxicos en autóctonos e inmigrantes obtuvimos que en el caso de los autóctonos fueron más consumidores de Tabaco más THC 26,61% que los inmigrantes 21,11%; continuando con esta misma perspectiva los autóctonos con un 25,15% fueron más consumidores de Tabaco Alcohol THC que los inmigrantes con un 6,47%, por último entre los más significativos encontramos el consumo de Tabaco mayoritariamente en inmigrantes 11,91% seguido de los autóctonos con 7,89%. Como hallazgo significativo podemos inferir que el consumo de Tabaco Alcohol, THC y Cocaína con un 13,74% es mayor en autóctonos.

Si describimos de forma aislada los tóxicos que consumen los adolescentes observamos que el Tabaco prevaleció en el 79,82% de los autóctonos y el 50,56% de los inmigrantes. El THC mantiene esta constante con un 70,18% en autóctonos y 36,68% en inmigrantes. En el caso del Alcohol casi se cuatricula en los autóctonos con un 46,20% y un 11,82% en inmigrantes. En el caso de la Cocaína aparece con un 17,54% en los autóctonos y 2,44% en inmigrantes. En cuanto a Disolventes los inmigrantes superan con 6,85% a los autóctonos que sólo llegan a 0,88%. El MDMA y los Opiáceos tienen mayor representación en los autóctonos con 2,92% y 2,63% respectivamente y en los inmigrantes 0,56% y 0,38% solamente.

Vacunas.

En nuestro estudio, el mayor porcentaje de vacunados han sido los inmigrantes con un 64,26% frente a un 49,71% de los autóctonos, esto se explica porque en sus países de origen los inmigrantes carecen de un sistema de vacunación a nivel nacional que garantice la prevención de enfermedades tales como la Hepatitis B, el Tétanos difteria así como el resto de vacunas que se le administran a los niños desde su nacimiento hasta la edad adulta.

Una de las medidas preventivas más poderosa de la Medicina es la vacunación, desde que se difundió ampliamente el uso de vacunas en la niñez, éstas han salvado un innumerable número de vidas. En el tercer mundo, donde se carece de recursos sanitarios, la población está expuesta a enfermedades infecto contagiosas que pueden erradicarse con la aplicación de los programas de vacunación a la infancia y a los adultos.

Trastornos de la Comunicación Oral.

Es evidente que los trastornos del habla han predominado sobre las afecciones de la voz. En nuestro estudio las entidades descritas son más significativas en el sexo masculino.

El Tartaleo o Tartajeo y la Tartamudez Definida son las dos logopatías que el pediatra enfrenta con más frecuencia en la práctica clínica, sólo superadas por las Dislalias.

En nuestro estudio los dos pacientes con Tartamudez eran árabes y pudimos comprobar en ellos que la presencia de los tonus se daban en consonantes tales como la P, T y K (éste dato nos lo facilitó la mediadora cultural) ya que son fonemas que para pronunciarlos requieren una mayor fuerza muscular. Al marcharse de nuestro centro expedimos una remisión para que realizarán tratamiento Logofoniátrico.

Describiremos brevemente las encontradas en nuestra investigación: las dislalias son trastornos articulatorios de origen funcional u orgánico, que afectan la articulación de varios fonemas.

Las dislalias funcionales pueden ser por: imitación, psíquicas, funcionales propiamente dichas, audiógenas, por parálisis o paresias velares funcionales y por retardos masticatorios.

Las dislalias orgánicas son: por malformaciones dentarias, alteraciones del maxilar, fisura palatina completa con labio leporino, parálisis o paresias velares y por malformaciones linguales.

Otra clasificación de las dislalias es de acuerdo al número de fonemas afectados. Cuando se daña a un solo fonema por ejemplo la /s/ se le denomina Dislalia simple, si atañe a dos fonemas por ejemplo: /l/ y /j/ se le llama Dislalia múltiple, y si influye negativamente a 3 o más fonemas se le conoce como Dislalia Generalizada.

En el terreno de las anomalías de la voz, cabe citar básicamente a: las afonías y disfonías funcionales psíquicas, los trastornos de la muda de la voz frecuentes en la adolescencia, los trastornos orgánicos o funcionales de la resonancia de la voz. Existe además un tipo de afonía, causada por extirpación de la laringe en los casos de neoplasia como consecuencia del hábito de fumar y el consumo de alcohol.

En nuestro trabajo sólo tuvimos un caso de Disfonía Funcional Crónica con Componente Orgánico por la presencia del timbre aereado y nódulos en las cuerdas vocales. En relación a los trastornos de la resonancia hallamos dos casos. Con Hipoacusia sólo tuvimos a dos menores: uno en el oído derecho y la otra de tipo neurosensorial bilateral. En el primer caso la normalidad de la

audición del oído izquierdo compensaba la pérdida auditiva, en el segundo necesitó el uso de prótesis auditiva.

Estudio de la Edad Ósea.

El estudio realizado a los 84 menores no acompañados (MENA) sobre la edad ósea, se ha llevado a cabo en la Clínica Abadal con la intención de conocer con criterios objetivos la edad cronológica más probable.

En esta investigación hemos querido demostrar que a pesar de la experiencia clínica por parte de la médica del centro, el diagnóstico clínico coincidió con el radiológico en un 76,19%, pero quedó un 23,81% de discordancias, es decir, se necesita verificar al menos con tres pruebas radiológicas el estado de maduración ósea del adolescente para ubicarlo en una edad cronológica.

Hemos encontrado que comparando las coincidencias y discordancias entre la población marroquí y el resto de África no existen prácticamente diferencias.

Otro hallazgo ha sido que la coincidencia clínica de los mayores de 18 años prevalecen en el resto de África y la discordancia entre los marroquíes, donde la clínico expresa que son mayores, el criterio radiológico demostró que son menores de edad.

Conocemos que el número de menores inmigrantes indocumentados es muy notable y en ocasiones los servicios de protección en las Comunidades autóctonas españolas están desbordados. En el caso que nos atañe, en la Comunidad de Madrid se está llevando a cabo desde Octubre del 2006 un análisis clínico radiológico que pretende con la aplicación de tres métodos: el método de Greulich-Pyle/TW-RUS, el Test de Risser y el Método de Dermijian, establecer o no la mayoría de edad de estos adolescentes.

La concordancia entre dos observadores o jueces, es el grado de acuerdo que existe entre ellos respecto a una determinada cuestión.

En Ciencias de la Salud, el estadístico de concordancia más utilizado es el índice Kappa, éste mide la proporción de acuerdo, teniendo en cuenta las coincidencias debidas al azar.

Autores como Landis JR., Koch G.G (1977) han clasificado la bondad de la concordancia en función del valor del índice Kappa.

Valoración del Índice Kappa	
Valor de k	Fuerza de la concordancia
<0.20	Pobre
0.21 – 0.40	Débil
0.41 – 0.60	Moderada
0.61 – 0.80	Buena
0.81 – 1	Muy Buena

Cuando se realiza el análisis con el estadístico Kappa, para que el nivel de coincidencia entre dos jueces observadores no sea debido al azar, el nivel de significación debe ser inferior al 0.05, lo cual hace rechazar la hipótesis que nos dice que las coincidencias han sido por dicho azar. El índice Kappa nos da un valor entre 0,526 y 0,626 por tanto una fuerza de concordancia Moderada.

5.2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS CUALITATIVOS.

En nuestra investigación, la muestra ha sido escogida al azar, los menores no pertenecen al mismo año, su procedencia corresponde a ocho países: Colombia, Ecuador, Marruecos, Guinea Ecuatorial, España, Rumanía, Mongolia y China que pertenecen a cuatro continentes: América, África, Europa y Asia.

Las pautas por motivos de ingresos se mantienen a través de todos estos años. Las intervenciones que se han hecho, han sido asimiladas por los adolescentes. (Ver Anexo V).

5.2.1. Informes Educativos.

En relación a la conducta exhibida por las/los menores con los adultos, en general fue respetuosa y comunicativa exceptuando algunas adolescentes que pretendían llamar la atención.

Si analizamos la conducta con sus iguales en quince de ellos estaban entre afable, colaboradora y solidaria, afable y buena, el resto se decantaba por seleccionar sus amistades, comportarse de forma impulsiva, preferían relacionarse más con chicas menores que ellas que con chicos.

En cuanto a los hábitos de higiene, podemos afirmar que eran correctos en relación al aseo de su cuerpo excepto en lo referente a la higiene bucodental ya que el grupo de marroquíes desconocía esta práctica. Sólo una menor mantuvo la higiene muy descuidada.

Valorando el sueño, diecinueve dormían tranquilamente sus ocho horas, el resto no dormían tranquilos porque tenían pesadillas o necesitaban ansiolíticos antes de ir a la cama.

Revisando la alimentación, pudimos comprobar que en veinte de ellos era la correcta y adecuada. Dos prescindieron de alimentarse debido al Ramadán, otra tenía diabetes tipo I y era muy irregular con su dieta, y otras dos la utilizaban para llamar la atención una y para chantajear al adulto la otra.

El consumo de tóxicos estaba ausente en quince de ellos y el resto consumía alcohol, tabaco, THC, uno consumía cocaína y otro inhalaba disolvente.

Motivación: a pesar de lo poco que suelen valorarse y sus graves problemas familiares sólo siete decían encontrarse sin motivación alguna. El resto se interesaba por aprender castellano, encontrar un trabajo, seguir estudiando y uno deseaba desintoxicarse.

5.2.2. Informes Escolares.

Analizando la comprensión y la expresión del idioma español, en doce adolescentes se catalogó como altas ya que escribían y leían a un nivel elevado.

En siete la comprensión y expresión del idioma eran medias. Algunos escribían y leían con dificultad.

Los seis restantes presentaron un nivel de comprensión y expresión bajo. Escribían y leían poco y/o con dificultad.

En lo referente al nivel de escolarización de estos adolescentes, diecinueve no habían superado el primer ciclo de la ESO y tres no superaban el segundo ciclo de la ESO, dos estaban cursando el bachillerato y uno estaba desescolarizado.

Orientaciones a seguir: a cuatro se les sugirió seguir estudios en el primer ciclo de la ESO. A trece se les recomendó ingresar en un aula taller para aprender un oficio e incorporarse posteriormente al mundo laboral. A tres que se incorporaran a un aula de bienvenida para perfeccionar el idioma y poder acceder al primer ciclo de la ESO, a dos continuar sus estudios de bachillerato y así pasar a un módulo de grado superior o a la Universidad, dos deberán asistir a un aula de compensación educativa con el objeto de superar las materias que tienen pendiente y a uno encontrar su primer empleo.

6. CONCLUSIONES.

1. El estado de salud de los adolescentes autóctonos e inmigrantes en nuestra investigación ha sido satisfactoria durante el período estudiado. Aquellos menores que asistieron a las Urgencias de los Hospitales de referencia: el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y el Hospital Universitario Ramón y Cajal, lo hicieron por presentar patologías que en ningún momento representaron un riesgo para sus vidas, la duración de la estancia en esos centros hospitalarios fue poco significativa, en ningún caso requirieron intervenciones quirúrgicas ni se hizo necesaria una rehabilitación posterior a su ingreso. Todos fueron dados de alta y regresaron nuevamente al centro, donde se incorporaron a las actividades educativas, escolares y de ocio. Por tanto ha sido validada la Hipótesis N° 1.

2. En relación a la Hipótesis N° 2, podemos decir que las diferencias entre el estado de salud de los adolescentes autóctonos e inmigrantes es poco representativa ya que las entidades nosológicas descritas en los resultados así lo demuestran. Es falsa la alarma social en cuanto a que las/los jóvenes procedentes de países subdesarrolladas o en vías de desarrollo puedan contagiar a los autóctonos con enfermedades ya radicadas o presentes en otras latitudes. Estos adolescentes que acceden a la protección social que ofrece el estado español a todo lo largo y ancho del territorio nacional, al pasar en algún momento de su periplo por los Centros de 1ª Acogida, se les practica una evaluación clínica, psicológica, educativa, escolar, con el objetivo de descartar y/o tratar la posible presencia de enfermedades infectocontagiosas así como cualquier otra entidad que ponga en riesgo su propia vida la de sus iguales y al resto de la comunidad. Además procedemos a actualizar su calendario vacunal. No hemos tenido ningún caso de enfermedades transmisibles en los menores inmigrantes, que hayan contagiado a los adolescentes autóctonos, ni tampoco a ninguno de los trabajadores del centro.

3. La valoración cualitativa realizada, confirma que a pesar del grado de desestructuración familiar y social de los menores autóctonos e inmigrantes, estos se esfuerzan por adquirir en nuestro centro hábitos de higiene, sueño, alimentación y encontrar una motivación y orientación a seguir en sus vidas. Unos lo harán por ayudar a sus familiares en los países de origen y otros por alcanzar la verdadera independencia de sus progenitores. Cada uno de los profesionales del Centro de 1ª Acogida trata de aportar desde su perfil *herramientas* que estas/os menores puedan utilizar a lo largo de su existencia.

4. En relación a la edad ósea, la 3ª Hipótesis podemos expresar, que aunque la correlación clínico radiológica ha sido aceptable (76,19%), es necesario y perentorio incluir tres estudios radiológicos: el método de Greulich-Pyle/TW-RUS, el Test de Risser, y el Método de Dermijian con el objeto de determinar la edad ósea en los menores indocumentados y poder ofrecer la protección a aquellos que verdaderamente necesitan ser amparados por ley.

La cooperación entre el centro de 1ª Acogida y la Clínica Abadal fue de gran importancia a la hora de realizar el estudio de la edad ósea, porque solamente con la radiografía de la mano izquierda que se realiza en todas las urgencias a los menores indocumentados y el juicio clínico efectuado por la médica del centro, no son concluyentes para establecer la mayoría o no de edad.

7. BIBLIOGRAFIA.

Aguilar, J (2003). Comunicación personal Sesión Clínica Hospital de Sant Pere Claver. Barcelona.

Aja, E y Arango, J (2006). Veinte años de inmigración en España: Perspectivas jurídicas y sociológica, 1985-2004. Ed. Fundació Cidob. Barcelona.

Álvarez Cáceres, R (1996). El método científico en las ciencias de la salud. Ediciones Díaz De Santos. Madrid.

Altman DG (1991). Practical statistics for medical research. New York. Chapman and Hall.

Alvira Martín, F (2002). Perspectiva cualitativa / perspectiva cuantitativa en la metodología sociológica. Mc Graw Hill. Mexico DF.

Anisef, P (2004). “Los desafíos de la juventud inmigrante in Canadá” ¿es posible una integración satisfactoria en el contexto del multiculturalismo oficial?. Ponencia presentada en los Cursos de Verano de El Escorial. Madrid.

Anderson DL, Thompson GW, Popovich R (1977). Age of attainment of mineralization stages of the permanent dentition. Journal of Forensic Sciences 21 (1): 191-200.

Andersen, E (1971). Comparison of TW2 and GP methods in a large scale Danish survey. Am J Phys Anthropol, 35:373-376.

Aparicio Gómez, R. y Tornos Cubillo A (2006). Hijos de inmigrantes que se hacen adultos: marroquíes, dominicanos, peruanos. Observatorio Permanente de la Inmigración. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Aparicio, R (2002). La inmigración en España a comienzos del Siglo XXI. Las novedades de las actuales migraciones. En La inmigración en España: contextos y alternativas. Vol II. Editado por García Castaño, F.J, Muriel López, C. Granada. Laboratorio de Estudios Interculturales.

Arango, J (2002). La inmigración en España a comienzos del Siglo XXI. Un intento de caracterización. En La Inmigración en España: contextos y alternativas. Volumen II. Editado por García Castaño, F.J., Muriel López, C. Granada. Laboratorio de Estudios Interculturales.

Ashizawa K, Asami T, Anzo M et al (1996). Standard skeletal maturation of Tokyo children. Ann Human Biol;23(6):457-469.

Atxotegui, J (2000). Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. En Medicina y Cultura. Editorial Bellaterra. Barcelona.

Atxotegui, J (2002). La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural. Editorial Mayo. Barcelona.

Atxotegui, J (2003). Los duelos de la migración: una aproximación Psicopatológica y Psicosocial. SAPPPIR. Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a los Inmigrantes y Refugiados. Hospital de Saint Pere Claver. Vila-Vilá, 16 Barcelona.

Atxotegui, J (2004a). Dossier del Diálogo sobre el Síndrome de Ulises del Congreso “Movimientos Humanos y Migración” del Foro Mundial de las Culturas. Barcelona.

Atxotegui, J (2004b). Emigrar en situación extrema. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Revista Norte de Salud Mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría. Volumen V, Nº 21. pág 39-53.

Atxotegui, J., Lahoz S., Marxen E., Espeso, D (2005). Study of 30 cases of immigrants with The Immigrant Síndrome with Chronic and Multiple Stress (The Ulysses Syndrome). Cairo. Communication in the XVIIIº World Congress of Psychiatry.

Avenza Marco, M & col. (2001). Proyecto Educativo de Centro. Residencia de 1ª Acogida “Isabel Clara Eugenia”. Instituto Madrileño del Menor y la Familia.

Banejee KK, Agarwal BBL (1998). Estimation of age from epiphyseal union at the wrist and ankle joints in the capital city of India. For Sci Int,98:31-39.

Barbosa Rodríguez, F (2006). Jóvenes e Inmigración en Madrid: Espacios de Sociabilidad. Edita: Observatorio de las Migraciones y de la Convivencia Intercultural de Madrid.

Bargach, A (2005). “El viaje de los niños errantes”. Disponible en: El Pais.es. Consulta: [17-07-2005].

Bartolomé, A (2004). Los menores inmigrantes no acompañados un dilema social en Entorno. Diario médico Madrid, Viernes 9 de Julio.

Bastos, A.A., González Bato, R., Molinero González, O y Salguero del Valle, A (2005). Obesidad, nutrición y actividad física. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. 18.

Baum, F (1997). Investigación en salud pública: el debate sobre las metodologías cuantitativas y cualitativas. Revisión en Salud Pública 5:175-93.

Beiser, M (1988a). Influences of time, ethnicity and attachment on depression in Southeast Asian refugees. American Journal of Psychiatry 145:46-51.

Beiser, M (1988). The mental health of immigrants and refugees in Canada. Santé Culture health 5 (2) 197-213.

Benso L, Vanelli S, Pastorin L et al (1997). Variation of bone age progression in healthy children. Acta Paediatr; 423 (suppl):109-112.

Benso L, Vanelli S, Pastorini L et al (1996). Main problems associated with bone age and maturity evaluation. Horm Res; 45 (suppl 2): 42-48.

Beunen G, Lefevre J, Ostyn M et al (1990). Skeletal maturity in Belgian youths assessed by the Tanner-Whitehouse method (TW2). Ann Human Biol, 17 (5):355-376.

Beunen G, Cameron N (1980). The reproducibility of TW2 skeletal age assessment by a self-taught assessor. Ann Human Biol, 7 (2):155-162.

Biblia, A. T (1997). Deuteronomio 10, 18-19. Edita. Edicomunicación S.A. Barcelona.

BOE, núm. 313, del 31 de diciembre (1990). Ratificación por el Estado Español de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.

Bouchaud O, Cherabi K (2006). [Caring for immigrants living with HIV-AIDS in France]. Rev. Prat; 56 (9):1005-10.

Bravo Rodríguez, R. M^a (2005). Conferencia regional sobre “las migraciones de los menores no acompañados: actuar de acuerdo con el interés superior del menor” Málaga –España. 27-28 Octubre.

Brito Lemus, R (1998). "Hacia una sociología de la juventud. Algunos elementos para la deconstrucción de un nuevo paradigma de la juventud", citado en JÓVENES, Revista de estudios sobre Juventud, nº 9.

Bueno M, Sarría A y col (1996). Estudio de la maduración ósea en niños obesos aragoneses de ambos sexos. An Esp Pediatr, 45:29-32.

Bühler, A. y Kröger, C (2006). «Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs», Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Vol. 29, Bundeszentrales für gesundheitliche Aufklärung, Colonia.

Bunge, M (1979). La investigación científica. Editorial Ariel. Barcelona, 6^a Edición, pág 281.

Cabello Fernández, J.M (2006). Memoria Final del Curso 2006. Colegio Público "Hortaleza". Madrid.

Cabrero García, L y Richart Martínez, M (1996). El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. Enfermería clínica, Mexico DF.

Calero, JL (2000). Investigación cualitativa y cuantitativa. Problemas no resueltos en los debates actuales. Rev. Cubana Endocrinología 11(3):192-8.

Calvo, F (1970). Qué es ser inmigrante. Laia. Barcelona.

Calvo Buezas, T (2005a). La Escuela ante la Inmigración y el Racismo. 3^a Edición. Capítulo 3. Editorial Popular.

Calvo Buezas, T (2005b). La Escuela ante la Inmigración y el Racismo. 3^a Edición. Capítulo 3.1. Editorial Popular.

Cameron N (1993). Assessment of growth and maturation during adolescence. Horm Res; 39 (suppl):9-17.

Campbell, K (2008). La Inmigración Ilegal. En: http://es.noticias.yahoo.com/ep/20080818/r_t_ep_so_generic/tso-acnur-duda-de-que.... [Consulta: 18-08-2008].

Carney David E, Meguid Michael M (2002). Current concepts in nutritional Assessment. Arch Surg. Vol. 137 N° 1, January. 42-45.

Castagnos-sen, A y Nicolle, JC (1999). Questionnaire for Country Assessment. Separated Children in Europe Program Save the Children and the United Nations High Commissioner for Refugees. Francia.

Catford, J. & Nutbeam (1985). Towards a Definition of Health, Education and Health Promotion. Health Education Journal. Vol 43,283.

Cea D´Ancona, Mª A (2004). La activación de la xenofobia en España. ¿Qué miden las encuestas?. CIS. Madrid.

Cebrián, J.A & col (2000). Migraciones internacionales: conceptos, modelos y políticas estatales. Revista Migraciones. Instituto Universitario de estudios sobre migraciones. Número 7. pág 137-153.

Censabella, M (1999). “Las lenguas indígenas de la Argentina: Una Mirada Actual”. 1ª Ed. Editorial Universitaria de Buenos Aires. Páginas 147.

Cervantes Gabarrón, J. (2001). El inmigrante en la Biblia. Iglesia Viva. Revista de pensamiento Cristiano. Los retos de las migraciones. 205:73.

CIE. 9. MC (1996). Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Rev. Modificación Clínica. Vol 1.

Código Penal español (1995). L.O. 10/1995 de 23 de noviembre de 1995. BOE (nº 281 de 24 de noviembre, rectificaciones en nº 54 de 2 de marzo de 1996).

Colectivo IOÉ (2006). WP2 TRESEGY. Informe de España.

Conde F, Pérez Andrés, C (1995). La investigación cualitativa en Salud Pública. Rev. Esp Salud Pública; 69:145-9.

Consenso SEEDO (2000). Para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med. Clin. Barc. Nº15. 115:587-589.

Constitución Española (1998). Capítulo Tercero. Artículo 39. Senado. Madrid.

Constitución Española (1978). BOE (nº 311 de 29 de diciembre).

Convención sobre los derechos del Niño (1989a). Disponible en <http://www.ohchr.org/spanish/law>. [Consulta: 17-01-06].

Convención de los Derechos del Niño (1989). Ratificada por España el 30-11-1990. BOE de 31-12-1990.

Cox LA (1996). Tanner-Whitehouse method of assessing skeletal maturity: problems and Common errors. *Horm Res*, 45(suppl 2):53-55.

Cuche, D (1999). La Noción de Cultura En las Ciencias Sociales. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.

Christenson B, Stillstrom, J (1995). The epidemiology of human immunodeficiency virus and other sexually transmitted diseases in the Stockholm area. *Sex. Transm Dis*; **22** (5):281-8.

Dahle UR, Sandven P, Heldal E, Caugant DA (2001). Molecular epidemiology of Mycobacterium tuberculosis in Norway. *J Clin Microbiol*; **39** (5):1802-7.

Dávila León, O (2004). "Adolescencia y Juventud: de las nociones a los abordajes". Última década, nº 21, pp. 83-104.

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Art.13. Art.14. Disponible en: <http://www.yesmagazine.org>. [Consulta: 21-02-2005].

Del Amo J, Broring G, Hamers FF, Infuso A, Fenton K (2004). Monitoring HIV/AIDS in Europe's migrant communities and ethnic minorities. *Aids*; **18** (14): 1867-73.

Delval, J (1998). El desarrollo humano. Madrid: Siglo XXI.

Dermijian A, Godstein LH, Tanner JH (1973). A new system of dental age assessment. *Human Biol*,42:211-27.

De Prada, M. A (2005). Invención de la adolescencia migrante. Colectivo IOE. Madrid. Comunicaciones: ioe@colectivoioe.org. [Consulta: 21-03-07].

Diario Digital de Información Social, (2006). En:
(http://www.cronicasocial.com/comunes/hemeroteca/detalles_articulo.htm).
[Consulta: 17-01-06].

Diario El Pais. com (2008): Disponible en la siguiente página web.
<http://www.elpais.com/articulo/economia/remesas/inmigrantes/marcan/record/2007/> [Consulta: 18-03-2008].

Díaz Huertas, José A., Esteban Gómez, J & col (2004). Atención al niño en situación de riesgo biopsicosocial desde el ámbito sanitario. Edita: Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

Dirección General De Ordenación De Las Migraciones (1997). Anuario de Migraciones 1996. Ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, pág 33.

Domic, Z (2004). Emigrar y enfermar: el Síndrome de Ulises. Congreso Movimientos Humanos y Migración. Foro Mundial de las Culturas. Barcelona.

Dussel, E (2000). “Europa modernidad y eurocentrismo”. En Lander, E (comp.) La Colonialidad el saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas. Buenos Aires. FLACSO. Pág. 41-53.

DRAE (2001). Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Vigésima Segunda edición. Editorial Espasa Calve, S. A. Madrid.

DRAE (1995). Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Vigésima Primera edición. Editorial Espasa Calve, S. A. Madrid.

DSM-IV-TR (2005). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, S.A.

Ekman, P., & Friesen, W.V (1978). Facial Action Coding System. Palo Alto, Consulting Psychologists Press.

Erikson, E.H. (1993). Sociedad y Adolescencia. México: Siglo XXI.

Faini, E (1988). Indicadores de maduración esquelética. Edad ósea, Dental y Morfológica. Rev. Cubana Ortod. 13 (2): 121-125.

Faltermaier, T (1997). Why public health research needs qualitative approaches. Subjects and method in change. Eur J Public Health 7:357-63.

Fernández M, Higuera J, López M., Mora O, Suárez J, del Val C. y col (2005). PROYECTO MARCO DE LOS CENTROS DE PRIMERA ACOGIDA DE LA COMUNIDAD DE MADRID. I.M.M.F. Consejería de Familia y Servicios Sociales.

Feixa, C (1999). De Jóvenes, bandas y tribus. Barcelona: Ariel.

Fleshman K (2000). Bone age determination in a pediatric population as an indicator of nutritional status. Trop Doct, 30(1):16-18.

Fenton KA (2001). Strategies for improving sexual health in ethnic minorities. Curr Opin Infect Dis; **14** (1):63-9.

Fenton KA, Chinouya M, Davidson O, Copas A (2001a). HIV transmission risk among sub-Saharan Africans in London travelling to their countries of origin. Aids; 15 (11):1442-5.

Foucault, M (2005). El poder psiquiátrico. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.

Freud, S (1999). Tótem y tabú. Editorial Alianza. Madrid.

Freyschmidt J, Brossmann J, Wiens J, Sternberg A (2001). Borderlands of normal and early pathological findings in skeletal radiography. 5th English Edition, George Thieme Verlag.

Funes, J (2005). “Migración y Adolescencia”, [en línea]. Aulaintercultural. Disponible en: http://www.aulaintercultural.org/article.php3?id_article=488 [Consulta: 20-10-2005].

Funes, J (1999). La inmigración extranjera en España. Los retos Educativos. Colección Estudios Sociales. Num. 1-2000. Fundación “La Caixa”. 1ª Edición.

Gailly, A (1991). Symbolique de la plainte en le culture. Le Cahiers du Germ.II,nº 17. pág. 4-19.

Garamendi, PM y Landa, MI (2003). Estimación forense de la edad en torno a 18 años. Revisión bibliográfica. Cuadernos de Medicina Forense Nº 31.

García de Viedma D, Chaves F, Iñigo J (2004). TB en inmigrantes: ¿es importada?. Enf Emerg; **6** (4) 248-249.

García, F. & Barragán, C (2000). Sociedad Multicultural e interculturalismo versus inmigración extranjera: aportaciones teóricas para el debate. *Documentación Social*, 121:209-233.

García Hoz, V (1997). «Tratado de educación personalizada». Miembro de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas. Madrid.

García Hoz, V (1990). «Fuerte en la edad avanzada». Miembro de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas. España. *Diario el Sol*. Madrid. 26.06.

García Roca, J (2002). Integració En Glossari per a una societat intercultural. BANCAIXA, Valencia. pp-199-207.

Giedd, J (2004). Citado en ¿Qué esconde el cerebro de los adolescentes ? El Semanal ABC Nº 882 Del 19 al 25 de Septiembre.

Gilli, G (1996). The assessment of skeletal maturation. *Horm Res*, 45 (suppl.2): 49-52.

Gilsanz V, Skaggs DL, Kovanlikaya A et al (1988). Differential effect of race on the axial appendicular skeletons of children. *J Clin Endocrinol Metab*,83:1420-1427.

Giménez, C.; Pérez, C (2003). "La integración de los menores de origen extranjero en la Comunidad de Madrid; necesidades, derechos y actuaciones". En Asamblea de Madrid y Defensor del Menor.

Gómez Mango, (2003). Comunicación personal. Coloquio Internacional. Paris.

González de la Rivera, J.L (2005). Migración, cultura, globalización y salud mental. II Jornadas de Salud Mental y Medio Ambiente. Conferencia de Clausura. Lanzarote.

Gorgani N, Sullivan RE, Du Bois L (1990). A radiographic investigation of third-molar development. *Journal of Dentistry for Children* 57 (2):106-10.

Gras MJ, Weide JF, Langendam MW, Coutinho RA, van den Hoek, A (1999). HIV prevalence, sexual risk behaviour and sexual mixing patterns among migrants in Amsterdam, The Netherlands *Aids*; 13 (14): 1953-62.

Greulich, W.W., y Pyle, S.I (1959). Radiographic atlas of skeletal development of the hand and wrist (2nd ed). Standford University Press. Standford, CA.

Grinberg, L y Grinberg, R (1994). Psicoanálisis de la migración y el exilio. Alianza Editorial. Madrid.

Gross GW, Boone JM, Bishop DM (1995). Pediatric skeletal age: determination with neural networks. *Radiology*, 195:686-695.

Guenif-Souilamas, N (2006). La république mise à nue par son immigration, Editeur La Fabrique éditions.

Hall JG, Froster-Iskenius UG, Allanson JE(1995). Handbook of normal physical measurements. Oxford Medical Publications. Oxford U.K.

Heckmann, F. & Schnapper, D (Eds) (2003). The integration of Immigrants in European Societies. National Differences and Trends of Convergence. Lucius & Lucius, Stuttgart.

Hernández M, Sánchez E, Sobradillo B, Rincón JM (1991). Maduración ósea y predicción de la talla. Eds. Díaz de Santos.

Herrman H (2001). La necesidad para la promoción de la salud mental. La Publicación de Psiquiatría de Australia y Nueva Zelandia, 35:709-715.

Homero (1968). La Odisea. Canto IX. Ed. Vicens.

Horsburgh CR (2004). Jr Priorities for the treatment of laten tuberculosis infection in the United States. *N Engl J Med*; 350 (20): 2060-7.

Hosman C (2001). Evidencia de la efectividad en la promoción de la salud mental. En: Actas de la conferencia Europea sobre la Promoción de Salud Mental e Inclusión social. Ministerio de Asuntos Sociales y de Salud. (Inf. 3).

Huerga H, López-Vélez R, Navas E, Gómez-Mampaso E (2000). Clinic epidemiological features of immgrants with tuberculosis living in Madrid, Spain. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*; 19 (3):236-7.

Human Rights Watch (1998). Detained and Deprived of Rights. Children in the custody of United States immigration and naturalization service. Vol. 10, N° 4 (G). December.

Hurtado y Toro (1998). Paradigmas y Métodos de Investigación. Editorial Episteme. Valencia-Venezuela.

Inmigración (2004). España es el tercer país de la UE con mayor flujo migratorio neto después de Irlanda y Portugal. <http://www.lukor.com/notpor/0408/25184300.htm>[Consulta:17-02-2004]

Instituto Nacional de Estadística (2007). Contabilidad Nacional Trimestral de España. Base 2000. Cuarto trimestre de 2006, en www.ine.es/prensa/prensa.htm. [Consulta: 21-02-07].

Instituto Nacional de Estadística (2003). Movimiento Natural de la Población, en: www.ine.es/prensa/prensa.htm. [Consulta: 17-06-03].

Instituto Nacional de Estadística (2002). Contabilidad Regional de España base 1995 (CRE- 95). Serie 1995-2002. En: www.ine.es/prensa/prensa.htm. [Consulta:18-05-03].

Ives, R (2006). «Real life is messy», *Drugs: education, prevention and policy* 13, pp. 389-91.

Jahari AB, Haas J, Husaini MA, Pollitt E(2000). Effects of an energy and micronutrient supplement on skeletal maturation in undernourished children in Indonesia. *Eur J Clin Nutr*,54(suppl):74-79.

Jary, J. & Jary, D (1991). *Collins Dictionary of Sociology*, Harper Collins Publishers.

Jiménez Álvarez, M (2005). La Migración de los menores en Marruecos. Reflexiones desde la frontera Sur de Europa”, citado en “Las otras migraciones: La emigración de menores marroquíes no acompañados a España”. Madrid, Akal. Pp 115-1333.

Jiménez, C (1997). “La Naturaleza de la mediación intercultural”. *Migraciones*, nº2, pp125-160.

Julve, M (2005). Glosas Didácticas. *Revista Electrónica Internacional*. La competencia comunicativa intercultural en la prestación de servicios. Nº 15.

Julve, M (2004). Las minorías y los programas de educación para la salud. (FAEA). Educación de personas adultas. *Rev. NOTAS* Nº 17. Marzo. Consejería de Educación. Comunidad de Madrid.

Jung, H (2000). The radiation risks from x-ray studies for age assessment in criminal proceedings. *Rofo Fortschr Geb Rontgenstr Neuen Bildgeb Verfahr.* 172 (6): 553-556.

Kantor, D (2006). Epilepsia. Disponible en www.umm.edu. [Consulta: 08-08-2008].

Kerlinger, F., Lee, H (2002). Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales. Cuarta Edición. México. Mc Graw-Hill.

King DG, Steventon DM, O`Sullivan MP et al (1994). Reproducibility of bone ages when performed by radiology registrars: an audit of Tanner and Whitehouse II versus Greulich and Pyle methods. *British J Radiol*, 67:848-851.

Kimura K (1977a). Skeletal maturity of the hand and wrist in Japanese children in Sapporo by the TW2 method. *Ann Human Biol* 4 (5):499-453.

Kimura K (1977). Skeletal maturity of the hand and wrist in Japanese children by the TW2 method. *Ann Human Biol*, 4(4):353-356.

Kimura K (1976a). Skeletal maturation of children in Okinawa. *Ann Human Biol*, 3(2): 149-155.

Kimura K (1976). On the skeletal maturation of japanese-american white hybrids. *Am J Phys Antropol*, 44:83-90.

Klein, M (1988). Envidia y gratitud. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona.

Koc A, Karaoglanoglu M, Erdogan M et al (2001). Assessment of bone ages: is the Greulich-Pyle method sufficient for Turkish boys?. *Pediatr Int*, 43 (6):662-665.

Koski K, Haataja J, Lappalainen M (1961). Skeletal development of hand and wrist in Finnish children. *Am J Phys Anthropol*, 19:379-382.

Kretschmer, E (2002). Constitución y Carácter. citado por Clásicos de Psiquiatría. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*; 29(1):39-42.

Krogman WM, Iscan MY (1986). The human skeleton in Forensic Medicine. 2ª Edición. Charles C. Thomas Publisher.

Kulman, L (1995). Accuracy of two dental and one skeletal age estimation method in Swedish adolescents. *For Sci Int*; 75:225-236.

Kymlicka, W (1996). Ciudadanía Multicultural. Barcelona: Paidós Estado y Sociedad.

Lamo de Espinosa, E (1995). Culturas, estados, ciudadanos. Una aproximación al multiculturalismo en Europa. Alianza Editorial.

Landis JR, Koch G.G (1977). An application of hierarchical kappa-type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. *Biometrics*. Jun, 33 (2):363-74.

Lapesa, R (1986). Historia de la Lengua Española. 9ª Edición. Editorial Gredos. Madrid.

Llácer A, del Amo J, Castillo S, Belza MJ (2001). Salud e inmigración: a propósito del SIDA. *Gaceta Sanitaria* : Vol 15 (3) :197-199.

La Rosa, E (1995). Citada en Investigación Cuantitativa por Mendoza Palacios, R. Disponible en la web.: <http://www.monografias.com>. [Consulta: 25-05-07].

Lequin, Y (2006). Histoire des étrangers et de l'immigration en France, Editeur Larousse.

Levesque GY, Demirjian A, Tanguay R (1981). Sexual dimorphism in the development, emergence and agenesis of the mandibular third molar. *Journal of Dental Research* 60 (10):1735-41.

Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero. Ley que regula la Responsabilidad Penal de los menores. BOE (nº 11 de 13 de enero de 2000).

Ley Orgánica 4/2000a, reformada por la L.O. 8/2000. R.D. 846/2001 de 20 de julio de 2001. BOE (nº 174 de 21 de julio de 2001).

Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero modificada por la Ley Orgánica 8/2000, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su integración social.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil, y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Ley del Código Civil 21/87, de 11 de Noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en Materia de Adopción. BOE (nº 275 de 11 de noviembre de 1987).

Ley de Extradición Pasiva (1985). Ley 4/1985 de 21 de marzo. BOE (Nº 73 de 26 de marzo de 1985; rectificaciones en BOE nº 90 de 15 de abril de 1985).

Lillebaek T, Andersen AB, Bauer J et al (2001). Risk of Mycobacterium tuberculosis transmission in a low-incidence country due to immigration from high-incidence cases. J Clin Microbiol; **39** (5): 1802-7.

Lodler R, Estle DT, Morrison K et al (1993). Applicability of the Greulich and Pyle skeletal age standards to black and white children of today. AJDC,147:1329-1333.

López-Vélez R, Navarro Beltrá, M y col (2007). Estudio de Inmigración y Salud Pública: Enfermedades Infecciosas Importadas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

López-Vélez R, Huerga H, Turrientes Mc (2003). Infectious diseases in inmigrants from the perspective of a tropical medicine referral unit. Am J Trop Med Hyg; 69:115-21.

López-Vélez R, Turrientes C, Gutiérrez C, Mateos M (1997). Prevalence of hepatitis B, C and D markers in sub-saharaian African immigrants. J. Clin Gastroenterol ; 25 :650-2.

Low WD, Chan ST, Chan SF (1964). Skeletal maturation of southern Chinese children. Child Developm, 35:1313-1336.

Luong Càn, Liêm (2004). De la psychologie Asiatique. L'Harmattan. Paris.

Lynham A (1989). Panoramic radiographic survey oh hypodontia in Australian Defence. Force recruits. Australian Dental Journal 35 (1): 19-22.

Malina RM, Beunen G, Wellen R, Claessens A (1986). Skeletal maturity and body size of teenage Belgian track and field athletes. Ann Hum Biol; 13:331-340.

Marcos Marín, F y España Ramírez, P (2001). Guía de gramática española. Ed. Espasa. Madrid. Páginas 404.

- Marina, José A (2007).** Educación para la ciudadanía. Ed. S.M. Madrid.
- Marina, José A (2006).** Aprendiendo a Convivir. Capítulo 4. 2ª Edición. Editorial Ariel. S.A. Barcelona.
- Marina, José A (2004a).** La inteligencia fracasada. Editorial Anagrama. Barcelona.
- Marina, José A (2004).** Aprender a vivir. 2da. Edición. MSE. Editorial Ariel, S.A. Barcelona.
- Marshall WA, Ashcroft MT, Bryan G (1970).** Skeletal maturation of the hand and wrist in Jamaican children. Human Biol,42:419-435.
- McGuigan, F (1976).** Psicología Experimental. Ed. Trillas. México. Pág. 35-39.
- Massot Lafon, M (2003).** Jóvenes entre Culturas, la construcción de la identidad en contextos multiculturales. Bilbao: Desclee de Broker.
- Melsen B, Wenzel A, Miletic T et al (1986).** Dental and skeletal maturity in adoptive children:assessment at arrival and after one year in the admitting country. Ann Human Biol, 13 (2):153-159.
- Mella, O (1998).** Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la investigación cualitativa. Disponible en: [http:// www.reduc.cl/reduc/mella.pdf](http://www.reduc.cl/reduc/mella.pdf). [Consulta:28-03-07].
- Mendoza Palacios, R (2006).** Investigación cualitativa y cuantitativa. Diferencias y limitaciones. Disponible en la web.: [http// www.monografias.com](http://www.monografias.com). [Consulta:22-02-07].
- Merriam Webster (1997).** Diccionario Español - Inglés. Disponible en la página web: [http // www.merriam_webster.com/diccionario.htm-3k-](http://www.merriam_webster.com/diccionario.htm-3k-). [Consulta: 21-07-06].
- Millán Puelles, A (1999).** “Víctor García Hoz: in memorian”, en Bordón. Revista de orientación pedagógica, vol. 51, Nº 2. pags. 195-198.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007).** La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Informes, Estudios e Investigación.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2006a). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas 2005. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan de Drogas.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). La interrupción Voluntaria del Embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Madrid. Disponible en la web: <http://www.msc.es>. [Consulta: 21-02-07].

Mincer HH, Harris Ef, Berryman HE (1993). The ABFO study of third molar development and its use as an estimator of chronological age. *Journal of Forensic Sciences* 38 (2): 379-90.

Morch, S (1996). "Sobre el desarrollo y los problemas de la juventud, el surgimiento de la juventud como concepción sociohistórica". *JÓVENES, Revista de estudios sobre Juventud*, nº 1.

Moreno, A.; Del Barrio, C (2000). La experiencia adolescente. A la búsqueda de un lugar en el mundo. Buenos Aires: Aique.

Mucchielli, L (2006). Quand les banlieues brûlent. Retour sur les émeutes de novembre 2005. Editions La Découverte.

Muñoz, GJ (1999). Atlas de mediciones radiográficas en ortopedia y traumatología. Interamericana. México D.F.

Muramata, M (1997). Population specific reference values for bone age. *Acta Paediatr*, 423(suppl) :113-4.

Nair, S (2007). Conferencia "Evolución e impacto de la inmigración en España". II Jornada Inmigración y Salud. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Salón de Actos. Madrid.

Nambiar P, Yaacob H, Menon R (1996). Third molars in the establishment of adult status. Case report. *J Forensic Odonto-Stomatology*, 14(2):30-33.

Nathan T, Stengers I (2000). Médecins et Sorciers. Aux éditions. Les empêcheurs de penser en rond: Paris.

OECD (2004). Learning for Tomorrow's World: First Results from PISA 2003. Paris.

OECD (2001). Knowledge and Skills for Life: First Results from the OECD Programme for International Student Assessment (PISA) 2000. Paris.

OEDT (2007a). Drogas y delincuencia: una relación compleja, Drogas en el punto de mira. Nº 16, Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías, Lisboa.

OEDT (2007). Informe Anual. El problema de la Drogodependencia en Europa. Disponible en <http://www.emcdda.europa.eu/>. [Consulta: 24-09-08].

Oestreich, AE (1997). Tanner-Whitehouse versus Greulich-Pyle in bone age determinations. J Pediatr; 131(1): 5-6.

Oliván Gonzalvo, G (2000). Evaluación del estado de salud y nutrición de los adolescentes inmigrantes de origen magrebí. An Esp Pediatr; 53.

Oliván Gonzalvo, G (1999). Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en centros de acogida. Acta Esp Pediatr 50:151-5.

Ontell FK, Ivanovic M, Ablin DS, Barlow TW (1996). Bone age in children of diverse ethnicity. AJR, 167:1395-1398.

ONUSIDA (2005). Situación de la epidemia de SIDA: Disponible en la página web: <http://www.unaids.org>. [Consulta: 25-11-07].

Organización Mundial de la Salud (2004). Invertir en Salud Mental. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2002). Reducir los riesgos, promover una vida saludable. En http://www.who.int/whr/20002/en_whr02_ch4.pdf. [Consulta: 30-11-07].

Organización Mundial de la Salud (2001). Salud Mental; Nuevo entendimiento, nueva esperanza. El Informe mundial de Salud. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2000). Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generales. Ginebra.

Palacios Alcaine, A y col (2008). El español en América. Contactos lingüísticos en Hispanomérica. Editorial Ariel Letras. Barcelona.

Pavlov, I (1986). Actividad Nerviosa Superior. Ed. Orbis. Páginas 280.

Pereda Olarte, C (2005). “La situación de la escolarización de niños y niñas de origen extranjero”. Ponencia presentada en el [Seminario por una Escuela Intercultural] de la Liga Española de la Educación y la Cultura Popular, el 18 de Abril, en la Org.Est.Iberoamer. Madrid.

Perelló, J Et al (1975). Fundamentos audiofoniátricos. Ed. Científico Médica.

Phillips, K et. Al (2004). Avances en el DSM. Masson. Barcelona.

Piscozzi P (2000). Il ruolo dei terzi molari nell 'accertamento della maggio età. Minerva Med Leg,120:199-205.

Pita Fernández, S., Pértegas Díaz, S (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario-Universitario Juan Canalejo A Coruña (España). Cad Aten Primaria 9: 76-78.

Plann, S (2004). Una minoría silenciosa. La Educación Sorda en España.1550-1835. 1ª Edición. Fundación CNSE. Madrid.

Popper, K. R (2005). La lógica de la investigación científica. Barcelona: Círculo de Lectores; España..

Poyatos, F (1995). La Comunicación no verbal III. Edición 1ª. Ed. Istmo. Madrid.

Prada Belver, F., Bocija Nogués M^a Caridad., y col (2007). La condición de inmigrantes de 1ª, 2ª y 3ª generación. Informe SIAS 5. Edita Sociedad de Pediatría Social. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

Prada Belver, F (2004). Estudio evolutivo de los inmigrantes en un Centro de Primera Acogida. Suficiencia Investigadora Departamento de Didáctica de las Ciencias Sociales y Experimentales. Universidad de Córdoba.

Prada Belver, F., Rodríguez Patterson, M^a del C., López Díaz, Zoila del S. (1994). Tratamiento de la dislalia funcional simple /s/ con el activador abierto elástico de Klammt. Rev. Cubana Ortod 9 (1-2): 8-16, enero-diciembre.

Prada Belver, F., Bocija Nogués, M^a Caridad., Febles López, Luis Manuel (1990). Alteraciones funcionales que obstaculizan la producción de distintos sonidos. Boletín de Lingüística Aplicada y otras Ciencias de la Comunicación. N' extra. COMUNICACIÓN SOCIAL. Números 4 y 5 Santiago de Cuba. Nov.

Prada Belver, F (1989). Tartamudez y Tartaleo. Rev. 16 de Abril N° 161. Ciudad de la Habana. Cuba. Sep. Pág 20.

Prada Belver, F (1988a). Afonía Psíquica. Rev.16 de Abril N°. 150. Ciudad de la Habana. Cuba. Oct. Pág 34.

Prada Belver, F (1988). Repercusiones del Síndrome Mediastinal en la voz. Rev. 16 de Abril N° 143. Ciudad de la Habana. Cuba. Pág 37.

Prada Belver, F (1987a). La formación del lenguaje. Rev. 16 de Abril N° 139. Ciudad de la Habana.. Cuba. Pág 24.

Prada Belver, F (1987). Lenguaje y Pensamiento. Rev. 16 de Abril N° 138. Ciudad de la Habana. Cuba. Pág 19.

Prada Belver, F (1986a). Rehabilitación Logofoniatría. Rev. 16 de Abril N° 128. Ciudad de la Habana. Cuba. Dic. Pág 22.

Prada Belver, F (1986). Logopedia y Foniología. Rev. 16 de Abril N° 123. Ciudad de la Habana. Cuba. Jul. Pág. 31.

Prakash S, Pathmanathan G (1991). Tempo unconditional 1-year bone score velocities in well-off North West Indian children. Ann Human Biol, 18(4):303-310.

Prakash S, Cameron N (1981). Skeletal maturity in well-off children in Chandigarh, North India. Ann Human Biol,8(2):175-180.

Prieto Carrero, JL (2002). Determinación de la edad en jóvenes indocumentados. Protocolo de actuación Médico Forense. Disponible en: <http://www.justizia.net/docuteca/ficheros.asp?intcodigo=1501&IdDoc=500>. [Consulta:27-09-07].

Prieto Carrero, JL (1998). Métodos para valorar la edad en el adolescente. Rev. Esp. Med. Leg; XXII (84-85): 45-50.

Prieto Carrero, JL (1996). Identificación dental. Técnicas radiológicas. Revista Española de Medicina Legal XX (76-77): 71-83.

Pumares, P (1998). “¿Qué es la Integración?”. Reflexiones sobre el concepto de integración de los Inmigrantes. En Checa, F (ed). Africanos en la otra orilla. Barcelona: Icaria-Antrazyt.

Reichart ChS, Cook TD (2001). Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y cuantitativos. En: Cook TD, Reichart ChR (ed). Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Madrid: Morata.

Reguillo Cruz, R (2002). "Cuerpos juveniles, políticas de identidad" en FEIXAS, C.; MOLINA, F.; ALSINET, C. (coord.). Movimientos juveniles en América Latina: pachuchos, malandros, punketas. Barcelona: Ariel.

Resolución del Consejo de Europa (1997). 97/C221/03 de 26-6 relativa a los menores no acompañados nacionales de países terceros (diario oficial C.221, 19-7).

Reverte, JM (1991). Antropología Forense (2ª Edición). Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones.

Revista Española de Pedagogía (1999). Homenaje a Víctor García Hoz. Número monográfico. Año LVII, Nº 212, enero-abril. Instituto Europeo de Iniciativas Educativas.

Rex, J (1999). The concept of a multicultural society. En Gibernau, M. & Rex, J. (eds.). The ethnicity reader. Nationalism, multiculturalism and migration. Cambridge, Polity Press.

Rieder HL, Zellweger JP, Raviglione MC, Keizer ST, Migliori GB (1994). Tuberculosis control in Europe and International migration. Eur Respir J; 7 (8): 1545-53.

Rikhasor RM, Quershi AM, Rathi SL, Channa NA (1999). Skeletal maturity in Pakistani children. J. Anat,195(2):305-308.

Ritz-Timme S, Cattaneo C, Collins MJ et al (2000). Age estimation: the state of the art in relation to the specific demands of forensic practise. Int Legal Med, 113(3): 129-136.

Roca Saumell C, Balanzo Fernández X, Fernández Roure JL, et al (1999). [Demographic characterization, consultation reasons and prevalent morbidity in the African immigrating community of the Maresme district]. Med Clin (Barc); 112 (6):215-7.

Roche AF, Chumlea WM, Thissen D (1988). Assessing the skeletal maturity of the hand- wrist: Fels method. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois.

Rojas Gabulli, M^a I (2000). Aspectos prácticos de la antropometría en pediatría. Rev. Pediátrica Vol. 3(1):22-26.

Ros Collado, Marisa (2005). Inmigración y Salud. La inmigración en Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. Direcció Estratègia i Coordinació.

Sanchez Pardo, L., Megías Quiros, I., Rodríguez San Julián, E (2004). Jóvenes y publicidad. Valores en la comunicación publicitaria para jóvenes. FAD. INJUVE. Madrid.

Sangani P, Rutherford G, Wilkinson D (2004). Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection. Cochrane Database Syst Rev (2):CD001220.

Santos Muñoz, S (2005). La educación física escolar ante el problema de la obesidad y el sobrepeso. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte.

Sanz B, Torres A, Schumacher R (2000). Características Sociodemográficas y utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. At. Primaria, 26:314-18.

Sarria A, Moreno L, Bueno M (1986). Análisis del atlas de Greulich y Pyle mediante los Métodos de TW2 y TW2-A. An Esp Pediatr, 24(2):105-110.

Sartori, G (2006). “Soluciones más del tipo pluralista y no multicultural”. El País Semanal Especial Página /12. web_dialogos.www.página12.com. [Consulta: 09-01-06].

Sartori, G (2001). La sociedad multiétnica. Pluralismo, multiculturalismo y extranjeros. Madrid: Taurus.

Sartorius N (1998). Estrategias universales para la prevención de las enfermedades mentales y la promoción de la salud mental. En: Jenkins R, Ustun TB, eds. Prevención de la enfermedad mental: promoción en atención primaria. Chichester, John Wiley: 61-67.

Schneider, H (1981). Brüderliche Solidarität durch Franziskus von Assisi, Kühlen, Mönchengladbach, 44-52.

Schmeling A, Geserick G, Kaatsch HJ et al (2001b). Recommendations for age determinations of living probands in criminal procedures. *Anthropolo Anz*, 59(1): 87-91.

Schmeling A, Olze A, Reisinger W et al (2001a). Age estimation of living people undergoing criminal proceedings. *The lancet*; 358(9276):89-90.

Schmeling A, Reisinger W, Loreck D et al (2000). Effects of ethnicity on skeletal maturation: consequences for forensic age estimation. *Int J Legal Med*. 113 (5):253-258

Schwartzman K, Menzies D (2000). Tuberculosis screening of immigrants to low-prevalence countries. A cost-effectiveness analysis. *Am J Respir Crit Care Med*; 161 (3 Pt 1): 780-9.

Seco, M (1998). Diccionario de dudas y dificultades de la lengua española. Editorial Espasa- Calpe. Madrid. Pág. 202.

Sendi, C (2001). Estrés, memoria y trastornos asociados. Ariel. Madrid.

Sidman, M (1994). Equivalence relations and behavior: A research story. Boston. Authors Cooperative.

Sidman, M (1990). Equivalence relations: where do they come from?. En D.E. Blackman y H. Lejeune (Eds): *Behaviour analysis in theory and practice. Contributions and controversies* (pp. 93-114). Hove, England: Erlbaum.

Sidman, M (1978). Tácticas de investigación científica. Ed. Fontanella 3ª Ed. Barcelona. Pág 26.

Solari AC, Abramovitch K (2002). The accuracy and precision of third molar development as indicator of chronological age in hispanics. *J Forensic Sci*, 47(3):531-535.

Souguir MK, Ben Dhiab M, Masmoudi T, Zemni M (2002). La détermination de l'âge chez le jeune tunisien. À propos de 200 cas. *Journal de Médecine Légale Droit Médical*, 45(2-3):89- 91.

Smith Jones, M (2005). Last words. *Journal, Magazine, Article, Periodical*. http://goliath.ecnext.com/coms2/summary_0199-4770145_ITM. [Consulta: 17.04.2008].

Stewart TD (1979). Essentials of Forensic Anthropology specially as developed in the United States. Charles C. Thomas Publisher.

Study Group of Forensic Age Estimation of the German Association of Forensic Medicine (2001). Guidelines for age estimation in living individuals in criminal proceedings.
http://www.charite.de/rechts-medizin/agfad/empfehlung_1.htm. [Cons:16-01-08].

Suanes A, Cañete R (1999). Sistema automatizado de evaluación de la maduración ósea aplicado al método de Tanner-Whitehouse 2. Ann Esp Pediatr, 50: 134-139.

Suárez Navaz, L (2004). Niños entre fronteras: migración de menores no acompañados en el Mediterráneo Occidental. Migración y Desarrollo. Número 2 / Abril.

Suligoï B, Giuliani M (1997). Sexually transmitted diseases among foreigners in Italy. Migration Medicine Study Group. Epidemiol Infect; **118** (3): 235-41.

Sunenshine PJ, et al (2007). Tinea versicolor. Int J Dermatol. 37:648-655.

Takai S, Akiyoshi T, Fuchigami A (1984). Skeletal maturity of Japanese children in Amami-Oshima island. Ann Human Biol, 11(6):571-575.

Tanner JM (2007). citado por Gallego.C en: Evolución de la vida sexual de la mujer.
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/774/1/Evolucion-de-la-vida-sexual-de-la-mujer-Fisiología-de-la-pubertad-y-del-climaterio-Apuntes-de-ginecología-Apuntes-de-medicina.html>. [Consulta: 22-11-2007].

Tanner J, Oshman D, Bahhage F, Healy M (1997). Tanner-Whitehouse bone age reference values for North American children. J Pediatr, 131:34-40.

Tanner JM, Oshman D, Lindgren G et al (1994). Reliability and validity of computer assisted estimates of Tanner-Whitehouse skeletal maturity (CASAS): comparison with the manual method. Horm Res; 42:288-294.

Tanner JM, Whitehouse RH, Cameron N, Marshall WA, Healy M, Goldstein H (1983). Assessment of skeletal maturity and prediction of adult height (TW2). London Academy Press, 2nd edition.

Tanner, JM (1962). Growth at adolescence. Oxford Blackwell Scientific Publications.

Taranger J, Karlberg J, Bruning B, Engstrom I (1987). Standard deviation score charts of skeletal maturity and velocity in Swedish children assessed by the TW2 method (TW2-20). *Ann Human Biol.* 14: 357-365.

Taylor, RMS (1978). Variation in morphology of teeth. Springfield: Charles C Tomas Publisher LTD.

Taylor, SJ y Bogdan, R (2004). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona, Ed. Paidós.

Taylor, SJ y Bogdan, R (1994). “Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados”. Barcelona, Ed. Paidós.

Taylor Z, Nolan CM, Blumberg HM (2005). Controlling tuberculosis in the United States. Recommendations from the American Thoracic Society, CDC, and the Infectious Diseases Society of America. *MMWR Recomm Rep*;54(RR-12):1-81.

Theintz GE, Howald H, Weiss U et al (1993). Evidence of reduction of growth potential in adolescent female gymnasts. *J Pediatr*,122:306-313.

Thomason, S. G (2001). Language contact. Washington D.C., Georgetown University Press.

Tizón J, Salamero M, Sanjosé J, Pellejero N, Axotegui J, Sainz F(1993). Migraciones y Salud Mental. PPU. Barcelona.

Touraine, A (2005). Un nuevo paradigma para comprender el mundo de hoy. Ediciones Paidós. Ibérica. S.A.

Tristán Fernández, J.M., Ruiz Santiago, F., Botella López et al (2006). Análisis de los métodos radiológicos que predicen la edad ósea de los niños desde el punto de vista Antropológico. *Antropo*,12,93-102.
<http://www.didac.ehu.es/antropo>. [Consulta: 27-09-07].

Tousignant, M (1992). La sante mentale des migrants: analyse de son contexte social et longitudinal. *Sante Mentale Quebec* ; 17(2) :35-45.

Tylor, Burnett, E (1958). The Origins of Culture. Ed. Harper & Row. New York.

Vaillant, G (2003). Salud Mental. Publicación Americana de Psiquiatría, 160:1373-1384.

Vall Combelles, Oriol (2005). La lectura del entorno. Aproximación a las causas de la patología social: Colección "Gran Angular".Sociedad de Pediatría Social.

Valle JM et al (2000). Circular de la Fiscalía General de Estado 1/2000 de 18 de diciembre que desarrolla los "criterios de aplicación de la LO 5/2000". Recopilada en "Código Penal y Leyes Penales Especiales". Editorial Aranzadi. 7ª Edición. P.371-430.

Vallejo-Bolanos E, España-López AJ, Muñoz Hoyos A, Fernández-García JM (1999). The relationship between bone age, chronological age and dental age in children with isolated growth hormone deficiency. In J Pediatr Dent, 9(3):201-206.

Van Ree CJ, Schulpden TW (2001). Ethical shortcomings of skeletal age determination to establish minority for single young asylum seekers. Ned Tijdschr Geneesk, 145 (5):229-233.

Van Rijn RR, Lequin MH, Robbens SG et al (2001). Is the Greulich and Pyle atlas still valid for Dutch Caucasian children today?. Pediatr Radiol, 31 (10): 748-752.

Vander Zander, J.W (1994). Manual de psicología social. Paidós Básica. Barcelona.

Vázquez, J. Grupo de Atención al Inmigrante SAMFYC (2005). Estudio de la Salud Mental de una población en un área de Atención primaria en Almería. Ponencia en el VIII Congreso de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría. Almería.

Venta I, Schou S (2001). Accuracy of the third molar eruption predictor in predicting Eruption. Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod. 91 (6):638-42.

Venta I, Murtomaa H, Turtola L, Meurman J, Ylipaavalniemi P (1991). Assessing the eruption of lower third molars on the basis of radiographic features. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 29 (4):259-62.

Velasco, S (2003). La transmisión heterosexual del VIH / sida en España. Madrid: Instituto de la mujer.

Velasco, S (2002). Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención. Madrid: Instituto de la mujer.

Velasco, S (2001). La prevención de la transmisión heterosexual del VIH/ sida en las mujeres. Madrid: Instituto de la mujer.

Vertevic, S (1996). “Multiculturalism, Culturalism and Public Incorporation”. *Ethnic and Racial Studies*, vol.19, 1:49-69.

VicHealth (1999). Documento base del plan para la promoción de salud mental 1999-20002. Carlton South, Victoria, Fundación Victoria para la Promoción de la Salud.

Vigilancia epidemiológica del VIH en España (2005). Valoración de la epidemia de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA. Actualización. Disponible en la página:
http://193.146.50.130/htdocs/sida/nuevos_diagnosticos_ccaa.pdf. [Cons:10.11.07].

Vignolo M, Milani S, Di Battista E et al (1990). Modified Greulich-Pyle, Tanner-Whitehouse and Roche-Wainer-Thissen (knee) methods for skeletal age assessment in a group of italian children and adolescents. *Eur J Pediatr*, 149:314-317.

Vos Am, Meima A, Verver S, et al (2004). High incidence of pulmonary tuberculosis persists a decade after immigration, The Netherlands. *Emerg Infect Dis*;10 (4):736-9.

Walker L, Moodle R, Herman H (2004). Promoción de la salud mental y el bienestar. En Moddie R, Hulme A (eds). *Práctica de promoción de la salud*. Melbourne, IP Communications.

Wenzel A, Droschl H, Melsen B (1984). Skeletal maturity in Austrian children assessed by the GP and TW2 methods. *Ann Human Biol*. 11:173-177.

Wenzel A, Melsen B (1982). Skeletal maturity in 6-16 year-old Danish children assessed by the TW2 method. *Ann Human Biol.* 9:277-281.

Westermeyer, J (1989). Psychosocial Adjustment of Hmong Refugees during Their First Decade in the United States: A longitudinal study: *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 177, n 3, p132-39. Mar.

Willems G, Van Olmen A, Spiessens B et al (2001). Dental age estimation in Belgian Children: Dermijian's technique revisited. *J Forensic Sci*,46(4):893-895.

Yi-Yan Y, Chiang Xing W, Li-Zhi C (1992). Skeletal maturity of the hand and wrist in Chinese children in Changsha assessed by the TW2 method. *Ann Human Biol*, 19(4):427-430.

Zahonero Coba MM, Cortés Lozano, A, Sánchez Zamora E (2000). Estudio descriptivo de la población infantil de un centro de Acogida. *An Esp Pediatr* 58:339-43.

Zuber PL, McKenna MT, Binkin NJ, Honorato IM, Castro KG (1997). Long-term risk of tuberculosis among foreign-born persons in the United States. *Jama*;278(4):304-7.

8. ANEXOS.



REUNIDOS

De una parte D. Gonzalo Quiroga Churruca, como Director Gerente del IMMF, Organismo autónomo dependiente de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

De otra parte D^ª. MERCEDES MANZANARES GAVILÁN, en calidad de Coordinadora de la beca de investigación: "El estado de salud en los adolescentes del Centro de Primera Acogida de HORTALEZA".

ACUERDAN

Suscribir el presente documento que regirá y ordenará los derechos y obligaciones de ambas partes en el desarrollo de la relación a que da lugar la labor investigadora de D^ª FABRICIANA ADA PRADA BELVER sobre la materia relacionada con las áreas de competencia de este IMMF.

OBLIGACIONES Y COMPROMISOS QUE ASUMEN AMBAS PARTES

1.- POR EL/LA INVESTIGADOR/A

1.1.- CON CARÁCTER PREVIO

1.1.1.- Formular solicitud del permiso correspondiente por parte de la persona ó personas interesadas, dirigida al Director/ra - Gerente del IMMF.



1.1.2.- Detallar en dicha solicitud el proyecto de investigación que se quiere llevar a cabo, especificando:

1. El objeto de la investigación, avalada por la tutora /tutor de la universidad.
2. La proyección social y educativa de la investigación.
3. El diseño detallado de la investigación.
4. Que el objeto de la investigación se enmarque en alguno de los objetivos y finalidades del IMMFF.

1.2.-UNA VEZ AUTORIZADA LA INVESTIGACIÓN:

Como el trabajo en las Residencias puede implicar tener acceso a datos personales y la realización de entrevistas a menores residentes, sus familias o los profesionales que les atienden en los centros, la persona ó personas que realicen la investigación se comprometen a:

1.2.1.- Respetar en todo momento la intimidad de los menores y sus familias.

1.2.2.- No realizar grabaciones en cualquier medio fotográfico o audiovisual a los menores de forma que permitan su identificación.

1.2.3.- No utilizar los nombres y apellidos verdaderos de ningún menor.

1.2.4.- No divulgar ni ceder datos personales de los menores y/o sus familias a terceros.

1.2.5.- Respetar los ritmos y horarios de la vida cotidiana de los menores.



1.2.6.- Recoger solo aquellos datos que se consideren relevantes y limitar en lo posible el impacto de la labor investigadora en los menores y en la dinámica diaria de la residencia.

1.2.7.- Garantizar en todo momento el bienestar de los menores por encima del objeto de la investigación.

1.2.8.- Garantizar la disociación de la información o dato alguno, de modo que no pueda asociarse a persona identificada o identificable según ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre.

1.2.9.- "Los datos de carácter personal solo se podrán recoger para su tratamiento, así como someterlos a dicho tratamiento, cuando sean adecuados, pertinentes y no exclusivos en relación con el ámbito y las finalidades, explícitas y legítimas para las que se hayan obtenido", según la LOPD art. 4 apartado 1º.

1.3.- UNA VEZ FINALIZADO EL ESTUDIO:

1.3.1.- Realizar una devolución por escrito de los resultados globales de la investigación al IMMF, así como una devolución presencial por parte del equipo investigador a los profesionales del IMMF, en caso de solicitarse.

1.3.2.- Entregar en el registro del IMMF 2 ejemplares impresos del estudio.

1.3.3.- Incorporar el logotipo del IMMF, identificándolo como Institución colaboradora en la publicación del estudio, haciendo referencia expresa y visible de dicha colaboración en el caso



de que los datos obtenidos del IMMF fueran utilizados en la publicación.

2.- POR PARTE DEL IMMF:

2.1.- Facilitar la aplicación de cuestionarios y las entrevistas con los menores y/o profesionales, así como el acceso a los datos que sean estrictamente necesarios, por parte de los directores de las residencias infantiles, teniendo en cuenta que queda a criterio de los mismos las autorizaciones de acciones concretas en el curso de la investigación, en función de las características y necesidades de los menores implicados.

2.2.- Facilitar la información y el asesoramiento de los profesionales de referencia del Menor.

Madrid a 24 de enero 2003

DIRECTOR GERENTE
DEL IMMF

Fdo.: Gonzalo Quiroga Churruca.

RESPONSABLE DE
INVESTIGACIÓN

Fdo.: Mercedes
Manzanares Gavilán.

Ingresos Anteriores
 Número de Ingresos:.....
 Otros Nombres:.....

RECHAZO DE LA PROTECCIÓN

Número de foto:

HOJA DE INGRESO

SIENDO LASHORAS, DEL DÍA DE de 200..... INGRESAN EN ESTE CENTRO

Nombre APELLIDOSNº _____

V□/M □ de de edad, nacido/a el de de en

ORGANISMO

- COMISION DE TUTELA
- FISCAL DE GUARDIA
- FISCAL DE MENORES
- GRUME
- GUARDIA CIVIL
- JUZGADO DE GUARDIA
- JUZGADO DE MENORES
- POLICÍA LOCAL/NACIONAL
- SITADE
- OTROS:

ZONA DONDE RESIDE
 ACTUALMENTE
 LOCALIDAD:.....

 PROVINCIA:.....

MOTIVO DE INGRESO

- INADECUADO EJERCICIO**
- Drogadicción de los padres
- Alcoholismo de los padres
- Separación de los padres
- Mendicidad/Explotación económica
- Malos tratos
- Abusos sexuales
- Desescolarización
- Conducta Asocial del menor
- Drogadicción del menor
- Alteración de salud mental
- IMPOSIBLE EJERCICIO**
- Extravío del menor
- Inhabilitación de la vivienda familiar
- Carencia de Recursos Económicos
- Carencia de Recursos Personales
- Enfermedad mental de los padres
- Enfermedad física de los padres
- Privación de libertad de los padres
- Orfandad del menor
- Fuga de este/de otro Centro
- Situación irregular en España
- Solicitud de asilo del menor
- Finalización de medida judicial firme. Libertad Vigilada
- Finalización de medida cautelar de internamiento.
- Traslado de Expediente de C.C.A.A.
- Orden Judicial
- INCUMPLIMIENTO DEBERES**
- Abandono paterno/materno del hogar
- Falta de cuidados mínimos
- Abandono del menor
- Renuncia del menor
- Devolución de Acogimiento Familiar
- CONFLICTO FAMILIAR**
- Rechazo muto menor/familia
- Familia rechaza menor
- Menor rechaza familia
- Expulsión del domicilio familiar
- Fuga del domicilio familiar
- Pérdida de autoridad de los padres
- GUARDAS**
- Situación de Guarda

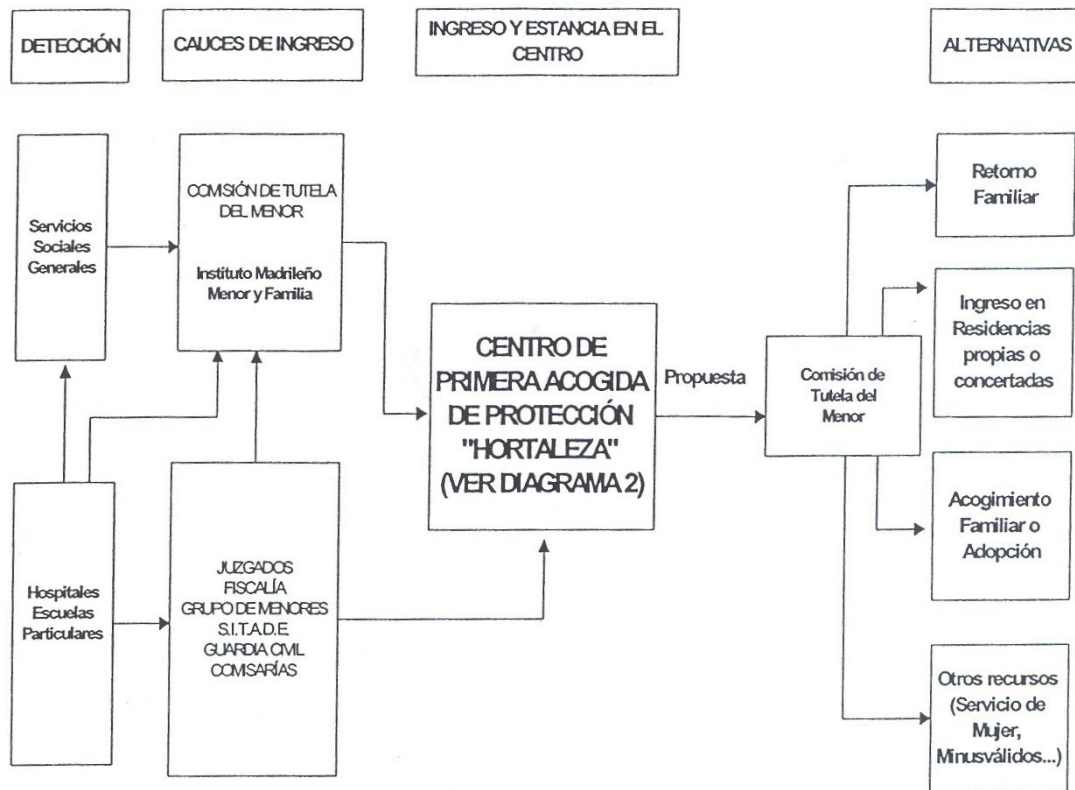
PADRE PAÍS Tlfno
 Dirección
 MADRE PAÍS Tlfno
 Dirección
 OTROS FAMILIARES PAÍS Tlfno
 Dirección

Persona que acompaña al/a los menores

Nombre y apellidos Cargo/Profesión
 D.N.I. o Nº de Carnet Profesional TFNO:

Por el Centro de Acogida "Hortaleza" (Firma quien le/s acompaña)

Diagrama 1



El Centro de Primera Acogida en el Sistema de Protección a la Infancia

Diagrama 2

EL CENTRO DE PRIMERA ACOGIDA

DEFINICIÓN
El Centro de Primera Acogida "Hortaleza" es un recurso especializado en infancia que depende del Instituto Madrileño del Menor y la Familia, y está diseñado para ofrecer atención temporal y con carácter de urgencia a niños/as y adolescentes con necesidad de protección.
INTERVENCIÓN CON CADA MENOR DESDE EL INGRESO A LA SALIDA
<p>a) Acoge a adolescentes de 15 a 18 años de edad, que lo precisan y están en el territorio de la Comunidad, y atiende sus necesidades básicas.</p> <p>b) El menor queda LEGALMENTE protegido por la Comunidad de Madrid.</p> <p>c) Realiza un estudio completo de cada caso.</p> <p>d) Realiza una Propuesta, siempre pensando en el interés superior del menor.</p>
ESTRUCTURA ORGANIZATIVA
<p>ÓRGANOS COLEGIADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De Dirección..... Director, Subdirector - De Participación... Consejo de Centro - Técnicos.....Comisión de Orientación, Reuniones de Equipo Técnico <p>EQUIPO TÉCNICO, compuesto por: Director y Subdirector, Médico, Psicólogos, Profesores, Trabajadores Sociales, Diplomados de Enfermería, Educadores</p> <p>EQUIPO DE SERVICIOS GENERALES: engloba los Profesionales que realizan las tareas de cocina, limpieza, almacén, lavandería y ropero, mantenimiento, seguridad y administración.</p>



Comunidad de Madrid

Centro de 1ª Acogida de Protección "HORTALEZA"
C/ Valdetorres de Jarama, 1 CP. 28043. MADRID.
Teléfono: (91) 764.29.00 Fax.: (91) 381.60.99.

INFORME MÉDICO

❖ **APELLIDOS Y NOMBRE:**
❖ **FECHA DE NACIMIENTO:** 03/08/1990 (16 AÑOS). ❖ **SEXO:** FEM.
❖ **F. INGRESO:** 09.04.2007. ❖ **Nº H.C.:**
❖ **M. INGRESO:** RECHAZO MUTUO MENOR / FLIA. ❖ **PROCEDENCIA:** R.DOMINICANA

ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES RELEVANTES.

LA ADOLESCENTE LLEVA VIVIENDO EN ESPAÑA HACE CUATRO AÑOS CON SU MADRE Y CUATRO HERMANAS. EL PASADO 16 DE MARZO FUE VALORADA POR EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN DONDE LE DIAGNOSTICARON UN TRASTORNO DEPRESIVO LEVE. ESTA MENOR SIEMPRE HA MANTENIDO CONFLICTOS CON SU MADRE ANTE CUALQUIER FRUSTRACIÓN. EN ESTOS MOMENTOS NO ESTÁ TOMANDO MEDICACIÓN ALGUNA. TIENE UNA HERMANA DE 13 AÑOS CON UN SOPLO FUNCIONAL SE LE REALIZA TEST DE EMBARAZO Y ES NEGATIVO. TEST DE DROGAS POSITIVO A CANNABIS.

ALERGIAS CONOCIDAS: SI MEDICAMENTOS
"ASA" ALIMENTOS
 OTROS

HÁBITOS TÓXICOS: SI
 FUMADOR DROGAS
Alcohol + Cannabis + Cocaína + MDMA

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: NO

VACUNAS: ACTUALIZADAS
NO ACTUALIZADA
BCG: SI HUELLA.

EXAMEN FÍSICO ACTUAL

Biotipo: Normolíneo Brevilíneo Atlético Leptosómico Displásico Otros
Peso: 89.200 KG **Percentil:** > 97 **Talla:** 169.5 CM **Percentil:** > 75 **I.M.C.** 31.
Cabeza: Cráneo: NORMAL. **Cara:** Piercing en el lateral derecho del labio inferior.
Mucosas: Hipocoloreadas **Reflejo Pupilar:** Directo y Consensual: SI NO
Normocoloreadas **Agudeza Visual:** .OD. 1/2 - .OI. 1/3
Otoscopia D: NORMAL **Otoscopia I:** NORMAL
Orofaringe: NORMAL. AMÍGDALAS SIN EXUDADOS.
Boca: CRIES: SI NO . **Lengua:** Frenillo sublingual: SI . Piercing en 1/3 anterior. **F.D.:** 28.
Cuello: ADENOPATÍAS: SI cm. Consistencia: NO . **TIROIDES:** NO PALPABLE.
A.R: Murmullo vesicular normal **no** se auscultan estertores: Roncos Sibilantes Crepitantes . **F.R.:** 16 / MIN
A.C.V: Ruidos cardiacos **rítmicos** de buen tono. Soplos: SI GRADO: NO . **F.C.:** 72 LAT / MIN **T.A.:** 12 / 7.
ABDOMEN: Blando depresible, ...no... se palpan visceromegalias. Ruidos hidroaéreos presentes. **Hernias:** SI NO
Punto Mac Burney: POSITIVO NEGATIVO: **P.P.R.U.** anteriores y posteriores dolorosos: SI NO . **Genitales:** Normales. **MENARQUIA:** 12 AÑOS. **F.U.R.:** 03-02-07.
TCS: Piel: Hidratada SI NO . Verruga en el lateral derecho del cuello + absceso en la axila derecha + abundantes vergetures en ambos hombros y en el abdomen lateral y anterior + tatuaje en el lateral externo de la pierna izquierda.
Edemas: MMII SI NO .

SOMA: Reflejos rotulianos: Presentes SI NO . **S.N.** No signos meníngeos. Pares craneales s/alt.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: ADOLESCENTE CON OBESIDAD TIPO I Y TALLA NORMAL. HIDRADENITIS.

TRATAMIENTO ACTUAL:
Amoxicilina + Clavulánico 500 / 125 mg: 2 - 0 - 2 durante 7 días.
Bactobran Pomada: 1 - 0 - 1 durante 7 días.

RECOMENDACIONES:
DESHABITUACIÓN DE TÓXICOS.
VALORACIÓN POR EL C.S.M. DE SU ÁREA.
VALORACIÓN POR EL ENDOCRINO.
DECÁLOGO DE NORMAS DE HIGIENE.

DRA. FABRI ADA PRADA BELVER.
MADRID, 11 DE ABRIL DE 2007.
Nº COLEGIADO 48.792.

La información recogida ha sido proporcionada por los/as pacientes. Estos datos son confidenciales. Todo lo reflejado responde al cumplimiento de lo establecido en cuanto a la elaboración de informes en la L.O. 6/2000, reguladora de la responsabilidad penal de los/as menores. Las referencias son de carácter reservado y sujetas a especial protección por la Ley Orgánica de Protección de Datos L.O.P.D. 15/1999.



Decálogo de Normas de Higiene Bucodental y General
Servicio de Enfermería Centro 1ª Acogida "Hortaleza"

- 1.- Bienvenido al Servicio de Enfermería, es necesario que intentes cumplir con las orientaciones que te damos a continuación para que puedas tener una buena estancia entre nosotros. Los buenos modales son siempre muy necesarios para vivir de forma civilizada.
- 2.- Debemos ser amables con los compañeros, los educadores, los profesores y todos los profesionales del centro, saludar y pedir las cosas por favor y luego dar las gracias.
- 3.- Hay que ducharse a diario con agua y jabón, lavarse las manos antes de las comidas y cepillarse los dientes después de desayunar comer y cenar. Así evitamos caries...
- 4.- No escupir, si se tiene "catarro" ha de irse al baño para expulsar las secreciones.
- 5.- No gritar, ni agredir a ningún coterráneo o cualquier otro compañero.
- 6.- No estornudar ni toser encima de los demás, taparse la boca cuando se bosteza.
- 7.- Cuando te equivocas hay que ser lo suficientemente educado y pedir perdón.
- 8.- No tocar las cosas de los demás sin permiso, mantener los armarios ordenados y ser puntuales en las actividades del centro.
- 9.- Cuidar la higiene general, no tirar papeles al suelo y mantener las áreas colectivas adecuadas.
- 10.- En la mesa del comedor: No se bebe con la boca llena, se tomarán pequeños sorbos. Se mastica con la boca cerrada y sin hacer ruidos. No se habla mientras se mastica. Los alimentos se cortan a medida que se comen. No se juega con el pan ni los cubiertos. No se debe rechazar un plato sin tener una causa justificada. No se apoyan los codos sobre la mesa.



Dra. Fabri Ada Prada Belver.
Colegiado No. 48.792.

MEMORANDUM DE ENTENDIMIENTO ENTRE EL REINO DE MARRUECOS**Y EL REINO DE ESPAÑA SOBRE REPARTICIÓN ASISTIDA DE MENORES NO ACOMPAÑADOS**

Marruecos y España han suscrito los principios de la conversación internacional sobre los derechos del niño del 20 de Noviembre de 1989, de la cual los dos estados son parte.

Los dos estados consideran que el tratamiento de la situación de los menores no acompañados sin un marco de referencia conocido. Que pasan de manera irregular entre Marruecos y España debe realizarse conforme a los derechos, obligaciones y garantías previstas en los convenios internacionales suscritos en este campo particularmente en la mencionada Convención sobre los derechos del niño.

Marruecos y España son conscientes del hecho de que la solución de la problemática de los menores marroquíes o españoles no acompañados presentes en sus respectivos territorios y sin vínculos familiares de uno en uno y en otro país o de un país tercero, requiere una corporación estrecha entre las dos partes.

Marruecos y España están decididos a favorecer una cooperación en este campo sobre la base del respeto de la supremacía del interés del menor tomando en consideración la situación de cada caso particular.

Por todo aquello los firmantes se comprometen a aprender a partir de este momento las acciones siguientes:

1. Las autoridades competentes de los Estados adoptaran todas las medidas previstas en la legislación vigente en los dos países para la identificación de los menores no acompañados localizados en uno de ellos.
2. Una vez ubicado el menor, las autoridades consulares del estado requerido procederán a la expedición inmediata de la documentación que la acredite su nacionalidad y a facilitar el retorno a su país de origen, para su entrega a las autoridades fronterizas.
3. En el caso de que la localización del menor no acompañado se produzca en el momento de su entrada en el otro país a través de su puesto fronterizo, las autoridades fronterizas del país de origen. Esta operación se efectuará después de que se constate el hecho debidamente por el oficial de enlace.
4. Cada una de las dos partes se compromete a comunicar de manera a la otra, toda la de repatriación, la nacionalidad del menor, la fecha y la hora del viaje, los datos del acompañante, así como cualquier información útil para la repatriación asistida del menor.
5. Conforme a los compromisos de las partes, un comité ad hoc constituido por los representantes de todos los departamentos competentes, será encargado de lo establecido y de evaluar las condiciones de acogida y de reinserción de los menores, basados en proyectos de comportamiento. Este comité, someterá al comité puramente las propuestas, especialmente para la cofinanciación por las dos partes de estos proyectos y de aquellos referidos al interés supremo del menor en materia socio educativa.

En memorandun de entendimiento entrará en vigor a la fecha de la firma. Cualquiera de los firmantes podrá denunciarlo en todo momento, mediante notificación escrita a la otra parte con un preaviso de un mes.

Firmado en Madrid, el 23 de Diciembre del dos mil tres en dos ejemplares originales. En lengua española y francesa.

El Director General de Asuntos de Interior
del Reino de Marruecos

El Delegado del Gobierno para la
Extranjería y la Inmigración de España

UNA RADIOGRAFÍA POCO ÚTIL



En el colectivo de niños inmigrantes solos el tiempo es vital. Muchos llegan al centro con 15 ó 16 años, y sólo pueden permanecer acogidos hasta los 18. "La tendencia es que vengan cada

vez más jóvenes porque saben que el proceso de regularización es largo", ha dicho María José Angurel. Cuando un menor es detectado, la fiscalía los deriva a un centro sanitario que debe determinar su edad mediante una radiografía de muñeca. La prueba está diseñada para población caucásica; sin embargo, en niños africanos la probabilidad de error es mayor.

INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

Podrán saber la edad de menores inmigrantes

Los estudios se realizarán a partir de costillas y dientes

EFE
GRANADA

Investigadores del Laboratorio de Antropología de la Universidad de Granada (UGR) han ideado una nueva técnica que permitirá determinar la edad de personas vivas mediante métodos radiográficos de tórax y dientes, lo que tiene especial interés en el caso de los inmigrantes que se declaran menores.

El sistema, investigado por el

doctor Pedro Manuel Garamendi González y dirigido por los profesores Miguel Botella López e Inmaculada Alemán Aguilera, permitirá, mediante la aplicación en la práctica médico legal, saber qué edad tiene una persona a partir de radiografías de sus huesos.

El trabajo pretende dar respuesta al cómo es el ritmo de maduración con la edad de ciertas estructuras anatómicas óseas desde el punto de vista radiológico. Los resultados obtenidos son de interés en la práctica médico legal, ya que a veces existen limitaciones en los métodos de uso ge-

neral.

Es el caso del estudio de la fusión de la epífisis proximal de la clavícula para el diagnóstico de edad en el límite de los 21 años o el uso de la fusión del asta mayor del hioides como indicador de edad superior a 30.

La valoración conjunta de todos los parámetros analizados también sugiere que, por sus características técnicas, las radiografías digitales obtenidas por métodos directos no son un formato ideal para estudios antropológicos basados en mediciones métricas.

Parte de los resultados de esta

investigación han sido ya publicados en la revista *Cuadernos de Medicina Forense*, la principal revista en español sobre medicina forense.

Ayer, una patera con 19 magrebíes, 16 de ellos menores de edad, llegó al puerto de Morro Jable, en el sur de Fuerteventura, informaron fuentes de Cruz Roja.

Las fuentes indicaron que los inmigrantes se encontraban en buen estado de salud, salvo seis de ellos que tuvieron que ser atendidos a su llegada a la isla al presentar síntomas de hipotermia y rozaduras leves. ■

INMIGRACIÓN Y SALUD

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Salón de Actos
 Miércoles, 28 de noviembre de 2007, de 8:45 a 14:00h.
 Dirección Científica: Dr. Rogelio López-Vélez



Sami Naïr



Filósofo y sociólogo, Sami Naïr es Catedrático de Ciencias Políticas en la Universidad de París VIII y Profesor invitado de la Universidad Carlos III de Madrid. También ha enseñado y dado conferencias en varias Universidades del mundo (EE.UU., América Latina, Europa y Magreb).

Tras ser nombrado Delegado Interministerial de Codesarrollo y Migraciones Internacionales del Gobierno Francés en 1998, fue Eurodiputado entre 1999 y 2004.

Es colaborador de varios diarios: Le Monde, Libération (Francia), El País, El Periódico (España) y autor de numerosos libros, entre los cuales destacan:

- *Le regard des vainqueurs, les enjeux français de l'immigration*. Editions Grasset. 1992.
- *Le différend méditerranéen*. Editions Kimé. 1992.
- *Mediterráneo hoy: entre el diálogo y el rechazo*. Ediciones Icaria. Barcelona. 1995.
- *En el nombre de Dios*. Ediciones Icaria. Barcelona. 1995.
- *Politique de civilisation*. Editions Arléa. 1997 (en colaboración con Edgar Morin).
- *Las Heridas abiertas*. Ediciones El País/Aguilar, Madrid, 1998.
- *El peaje de la vida, en colaboración con Juan Goytisolo*. Ediciones El País/Aguilar. Madrid. 2000.
- *La inmigración explicada a mi hija*. Ediciones de bolsillo. Barcelona. 2001.
- *Una historia que no acaba*. Ediciones Pre-textos. 2001.
- *El Imperio frente a la diversidad del mundo*. Areté. 2003.
- *Y vendrán... Las migraciones en tiempos hostiles*. Bronce Planeta. 2006.



Fundación para la Investigación
 Biomédica del Hospital Universitario
 Ramón y Cajal

? **Cómo llegar**

RENFE-Cercanías: Estación Ramón y Cajal, líneas C-7 y C-8.

Metro: Estación Begoña, línea 10.

Autobús: Líneas 125 (Mar de Cristal - Hospital Ramón y Cajal) y 135 (Plaza de Castilla - Hospital Ramón y Cajal).

Coche: Km. 9 de la Ctra. de Colmenar (M-607), desde la M-30 y la M-40.

Taxi: Parada de taxis en la puerta principal del Hospital.

Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario
 Ramón y Cajal
 Ctra. de Colmenar Viejo, km. 9,100. 28034 Madrid
 Tel. 91 336 81 47 / Fax 91 336 90 16
fund_inv.hrc@salud.madrid.org

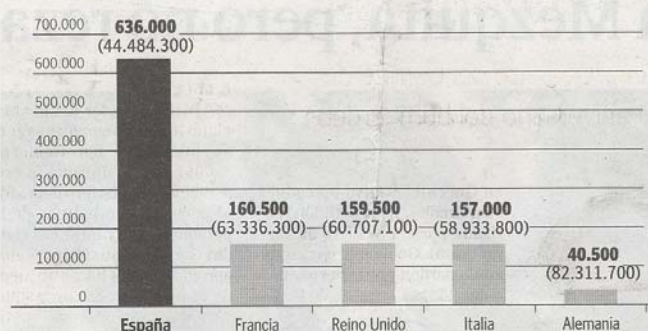
Inscripción gratuita. Se ruega confirmación.

Con la colaboración de



AUMENTO DE LA INMIGRACIÓN DURANTE 2006 EN LA UE

En número de personas. Entre paréntesis, población total



Incremento de población

	UE-27	España
Población (1/1/2006)	492.852.400	43.758.300
Nacimientos	5.190.900	471.100
Fallecimientos	4.791.000	381.000
Saldo vegetativo	399.800	90.000
Migración neta	1.422.600	636.000
Incremento total	1.822.400	726.100
Población (1/1/2007)	494.674.800	44.484.300

España acogió el año pasado a 636.000 inmigrantes, el 44% del total de la UE

Los llegados a nuestro país superan a los de Reino Unido, Alemania, Francia e Italia juntos

Las remesas de los inmigrantes marcan un récord en 2007 con 8.135 millones

El dinero que los extranjeros envía a su casa alcanza un máximo a pesar de caer en los dos últimos meses del año

EFE - Madrid - 18/03/2008

Vota Resultado ★★★★★ 7 votos



Las remesas enviadas por los inmigrantes desde España en 2007 han marcado un nuevo récord al alcanzar los 8.135 millones de euros, un 19,5% más que los 6.807 millones enviados un año antes, a pesar de caer en los dos últimos meses del pasado ejercicio.

La afiliación de extranjeros sube un 9% interanual

Banco de España

A FONDO

Sede: Madrid (España)
Directivo: Miguel Ángel Fernández Ordóñez
(Gobernador)

[Ver cobertura completa](#)

La noticia en otros webs

- webs en español
- en otros idiomas

Llama la atención que la cifra alcanzada supera ampliamente los 5.500 millones de euros que el Gobierno español destinará este año a la dotación de los créditos del Fondo de Ayuda al Desarrollo (FAD).

Concretamente, en diciembre los emigrantes enviaron a sus países de origen 698 millones de euros, un 3,6% menos que en el mes anterior, lo que supone la segunda caída consecutiva desde que en octubre alcanzara el máximo histórico de los 770 millones de euros enviados.

Los datos muestran que el incremento en las remesas al extranjero desde España se produce de forma paralela al aumento de la población inmigrante que, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística, alcanzó en enero los 4,5 millones de ciudadanos extranjeros empadronados.

Por su parte, los envíos de dinero procedentes de ciudadanos españoles en el extranjero, sobre todo en Europa y Estados Unidos, de enero a diciembre de 2007 sumaron 5.288 millones de euros, un 9,8% más que en 2006.

Los españoles residentes en el extranjero enviaron a España en el mes de diciembre remesas por un valor de 389 millones de euros, casi un 8,7% menos que en noviembre.

La afiliación de extranjeros sube un 9% interanual

El número de extranjeros afiliados a la Seguridad Social aumentó en 37.491 ocupados en febrero de 2008, un 1,87% respecto al mes anterior, lo que ha situado el total de inmigrantes inscritos en el sistema por encima de la barrera de los dos millones (2.041.330), un 9% más que hace un año, según datos difundidos hoy por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Concretamente, 22.707 de los nuevos afiliados procedían de países comunitarios, mientras que el número de afiliados no pertenecientes a la UE aumentó en 14.784 cotizantes, con crecimientos del 3,3% y 1,1%, respectivamente.