

Comparación entre los niños de etnia gitana e inmigrantes extranjeros ingresados en centros de protección por maltrato

Gonzalo Oliván-Gonzalvo

Servicios de Pediatría y Adolescencia. Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Gobierno de Aragón. Zaragoza. España.

Correspondencia: Gonzalo Oliván-Gonzalvo. Servicios de Pediatría y Adolescencia. Avda. de las Torres, 93, 1.º F. 50007 Zaragoza. España.
Correo electrónico: g.olivan@comz.org

Recibido: 31 de marzo de 2004.
Aceptado: 22 de junio de 2004.

(Comparison of Spanish gypsy and foreign immigrant maltreated children admitted to protection centers)

Resumen

Objetivos: Analizar las diferencias entre niños españoles de etnia gitana e inmigrantes extranjeros ingresados en centros de protección, respecto a las características del maltrato, los factores familiares y el estado de salud.

Métodos: Se revisaron los expedientes sociosanitarios de 83 niños gitanos españoles y 105 niños inmigrantes que ingresaron desde enero de 1994 hasta diciembre de 2003 por maltratos en centros de protección del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS). El maltrato, sus tipos e indicadores se definieron y evaluaron según guías elaboradas por el IASS. Los factores familiares de riesgo sociosanitario asociados con el maltrato se determinaron según estudios nacionales. El estado de salud se evaluó según los protocolos elaborados por el IASS. Se realizó un estudio estadístico descriptivo y comparativo.

Resultados: En los niños gitanos españoles predomina el grupo de edad de 0-5 años, mientras que en los inmigrantes es más frecuente el grupo de 12-17 años. En los niños gitanos españoles es también más frecuente la situación de negligencia física, emocional y/o abandono ($p < 0,001$) y la pertenencia a familias con problemas de delincuencia (odds ratio [OR] = 16,5; intervalo de confianza [IC] del 95%, 6,7-40,7), toxicomanía o alcoholismo (OR = 8,8; IC del 95%, 3,7-21,0) y multiproblemáticas (OR = 9,3; IC del 95%, 3,8-22,8). En los niños gitanos es más frecuente también la presencia de trastornos neurológicos, enfermedades discapacitantes, inmunizaciones ausentes o incompletas y enfermedades dermatológicas. Por su parte, los niños inmigrantes presentaron una frecuencia superior de maltrato físico, psicológico y/o sexual ($p < 0,001$), así como una procedencia de familias monoparentales (OR = 7,9; IC del 95%, 2,2-27,7).

Conclusiones: Conocer las diferencias entre estos 2 grupos de niños maltratados puede ser de utilidad para los profesionales de los servicios sociales comunitarios responsables de desarrollar estrategias de intervención para la prevención y la detección precoz del maltrato, y para los responsables de la salud de estos menores mientras permanecen en un centro de protección.

Palabras clave: Maltrato infantil. Centros de acogida infantil. Grupos étnicos. Gitanos. Inmigrantes. Factores de riesgo. Problemas sociales. Estado de salud.

Abstract

Objectives: To determine whether there are differences between Spanish gypsy and foreign immigrant children admitted to protection centers in the characteristics of the maltreatment, social and familial factors linked to maltreatment, and health status.

Methods: The social and health reports of 83 Spanish gypsy and 105 foreign immigrant children admitted to protection centers of the Aragonese Institute for Social Services (Instituto Aragonés de Servicios Sociales [IASS]) because of maltreatment from January 1994 to December 2003 were reviewed. Maltreatment, its types, and warning signs were defined and assessed according to the guidelines drawn up by the IASS. The social and familial risk factors associated with maltreatment were determined according to national studies. Health status was assessed following protocols used by the IASS. A descriptive and comparative statistical study was performed.

Results: The Spanish gypsy children were mostly in the age group of 0-5 years, while foreign immigrants were mostly in the age group of 12-17 years. Spanish gypsy children showed a greater frequency of physical and emotional neglect and/or abandonment ($p < 0.001$) and were more likely to have families with problems of crime (odds ratio [OR] = 16.5; 95% confidence interval [95%CI], 6.7-40.7), drug/alcohol abuse (OR = 8.8; 95%CI, 3.7-21) and families with more than one social and health risk factor (OR = 9.3; 95%CI, 3.8-22.8). Spanish gypsy children showed a greater frequency of neurological disorders, disabling diseases, absent or incomplete immunizations, and dermatologic diseases. Foreign immigrant children showed a greater frequency of physical and psychological and/or sexual abuse ($p < 0.001$) and were more likely to live in a single parent family (OR = 7.9; 95%CI, 2.2-27.7).

Conclusions: Identifying the differences between these two groups of maltreated children could be useful for professionals working in the community social services in charge of developing intervention strategies for the prevention and early detection of maltreatment, as well as for professionals in charge of the health of these children during their stay in a protection center.

Key words: Child abuse. Child day care centers. Ethnic groups. Gypsies. Immigrants. Risk factors. Social problems. Health status.

Introducción

Sabemos que la población gitana española representa una minoría étnica que presenta unas características sociales, económicas, culturales, educativas y sanitarias que la diferencia del resto de la población y la coloca en una situación de riesgo sociosanitario¹⁻³. También sabemos que los inmigrantes económicos que llegan a nuestro país, en situación regular o irregular, constituyen una población de alto riesgo que precisa servicios sociosanitarios y medidas de protección social con una frecuencia mayor que el resto de la población⁴⁻⁷.

En nuestro país, Zunzunegui et al⁸ han confirmado la fuerte asociación entre el maltrato infantil que requiere asistencia y protección social y la presencia de factores de riesgo sociosanitarios en las familias de los niños maltratados, y destacan entre dichos factores los problemas asociados con el consumo de drogas ilegales y el abuso del alcohol, los problemas de salud y la monoparentalidad.

Algunos estudios recientes realizados en la comunidad autónoma de Aragón han objetivado que los niños españoles de etnia gitana⁹ y los niños inmigrantes⁷ que han sido maltratados e ingresados en centros de protección presentan diferencias en la tipología y la demografía del maltrato, la incidencia de los factores familiares de riesgo sociosanitario asociados con el maltrato y el estado de salud, respecto a la población general infantojuvenil aragonesa maltratada e ingresada en centros de protección¹⁰.

El presente estudio tiene por objetivo determinar si entre los niños españoles de etnia gitana y los inmigrantes extranjeros, ingresados por sufrir maltratos en centros de protección, hay diferencias respecto a las características del maltrato, los factores familiares de riesgo sociosanitario asociados con el maltrato y los problemas de salud que presentan en el momento de su ingreso. La finalidad es tener un mejor conocimiento de las características del maltrato y de la salud en estos 2 grupos específicos de menores, con el propósito de desarrollar futuras estrategias de intervención para la adecuada prevención y detección precoz del maltrato y para mejorar el estado de salud de estos niños considerados de riesgo sociosanitario.

Métodos

Se revisaron los expedientes sociosanitarios de 83 niños de etnia gitana y nacionalidad española, y de 105 niños inmigrantes procedentes de un país extranjero que ingresaron desde enero de 1994 hasta diciembre de 2003 por sufrir maltratos en los centros de protección

de la provincia de Zaragoza dependientes del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) del Gobierno de Aragón.

Los menores españoles de etnia gitana maltratados pertenecían a 58 familias diferentes. Los 105 menores inmigrantes extranjeros maltratados pertenecían a 89 familias distintas, y procedían de la Europa comunitaria (un 28,6%, principalmente portugueses de etnia gitana [24,8%]) y no comunitaria (un 20%, entre ellos rumanos de etnia gitana [6,7%]), África (un 41,9%, el 20% del Magreb y el 21,9% de África subsahariana), Latinoamérica (5,7%) y Asia (3,8%).

Para definir el concepto de maltrato y sus diferentes tipos, y para evaluar la presencia de indicadores físicos y comportamentales de maltrato, se siguieron las guías elaboradas por profesionales del Servicio Especializado de Menores del IASS^{11,12}. Se definió el maltrato infantil como «cualquier acción u omisión, no accidental, por parte de los padres o cuidadores que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del menor». Entre sus diferentes manifestaciones, se distinguió el maltrato por omisión o de tipo pasivo, y el maltrato por acción o de tipo activo.

Entre las manifestaciones del maltrato de tipo pasivo, se incluyeron la negligencia física, definida como «la falta de atención temporal o permanente por ningún miembro del grupo que convive con el niño de las necesidades físicas básicas del niño (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos)», la negligencia emocional, definida como «la falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño, y falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable», y el abandono, definido como «la delegación total de los padres/tutores del cuidado del niño en otras personas, con desaparición física y desentendimiento completo de la compañía y cuidado del niño».

Entre las manifestaciones del maltrato de tipo activo, se incluyeron el maltrato físico, definido como «cualquier acción no accidental por parte de los padres/tutores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo», el maltrato psicológico, definido como «la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar», y el abuso sexual, definido como «cualquier clase de contacto sexual, utilización para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual, de un adulto con un niño, donde el primero posee una posición de poder o autoridad sobre el niño».

Un centro de protección de menores está dotado de un equipamiento especializado y multidisciplinario, di-

señado para dar una atención temporal y con carácter de urgencia a los niños y adolescentes que la precisen por haber sido objeto de maltratos, abusos o negligencias, o bien estar en situación de riesgo, durante el tiempo estrictamente necesario para efectuar un diagnóstico y propuesta de futuro para la vida de los menores¹³. El cauce de acceso para el ingreso en un centro de protección fue similar para todos los menores. Se efectuó a solicitud del Juez, del Ministerio Fiscal o por resolución de la Dirección Provincial del IASS, a propuesta de la Comisión de Evaluación.

La recogida de la información sociosanitaria se realizó de forma multidisciplinaria y siguiendo una metodología protocolizada¹³. La información sobre el menor ingresado y su familia se reflejó en una «ficha de ingreso» estandarizada que incluía la filiación, los motivos del ingreso, los informes sociales, psicológicos, pedagógicos, escolares, sanitarios y juridicológicos. También se obtuvo información a través de entrevistas con los coordinadores, trabajadores sociales y educadores responsables del caso y con el propio menor, cuando por su edad era posible.

Los factores familiares de riesgo sociosanitario asociados con el maltrato se determinaron según ciertos estudios previos de ámbito nacional^{8,10,14-16}, y se consideraron 6 grandes grupos: a) familia con problemática de toxicomanía y/o alcoholismo; b) familia con enfermedad discapacitante psíquica y/o física; c) familia con enfermedad infecciosa crónica; d) familia con problemática de delincuencia, prostitución y/o proxenetismo; e) familia con progenitor/es adolescente/s, y f) familia monoparental. Se consideró que una familia era «multiproblemática» cuando combinaba dos o más de las problemáticas mencionadas.

La evaluación del estado de salud de los menores se realizó siguiendo directrices sanitarias protocolizadas para la evaluación y el cuidado de los niños y adolescentes en acogimiento transitorio residentes en centros de protección, elaboradas por el Servicio de Pediatría y Adolescencia del IASS¹⁷. Además de recopilar los antecedentes sanitarios, elaborar una historia clínica y efectuar un completo examen antropométrico nutricional, físico, mental y del desarrollo madurativo psicomotor, se realizaron de manera sistemática las siguientes exploraciones complementarias de laboratorio: hematimetría completa, velocidad de sedimentación globular, metabolismo del hierro, perfil bioquímico básico, parásitos y huevos en heces, intradermorreacción de Mantoux (2 UT PPD RT23), serologías para los virus de la hepatitis B (HBsAg, anti-HBc, anti-HBs), hepatitis C (anti-VHC) y de la inmunodeficiencia humana (anti-VIH) y serología reaginica de sífilis (RPR). En función de los datos obtenidos en la anamnesis médica, la historia clínica, la exploración física y las pruebas de cribado de laboratorio, así como de la aparición de signos o síntomas clínicos durante su estancia en el centro

de protección, se procedió, de forma individualizada, a la realización de otros exámenes complementarios (clínicos, bioquímicos, microbiológicos, parasitológicos y radiológicos).

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables de interés mediante los programas operativos StatView® y SISA home®. Para la comparación de las variables cuantitativas se utilizó la prueba de la t de Student (no apareado) con un nivel de significación exigido para $\alpha < 0,05$ y 1 grado de libertad. Para la comparación de prevalencias se utilizó la prueba de la χ^2 de Pearson con un nivel de significación exigido para $\alpha < 0,05$ y 1 grado de libertad. Se calcularon también los riesgos relativos en forma de *odds ratio* (OR) y sus intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados

En la tabla 1 se describen y se comparan las características demográficas globales entre los menores españoles de etnia gitana y los inmigrantes extranjeros ingresados por maltratos en centros de protección. En los menores españoles de etnia gitana se observó un predominio significativo del grupo de lactantes-pretolares (0-5 años), mientras que en los inmigrantes extranjeros el predominio fue del grupo de adolescentes (12-17 años).

En la tabla 2 se describen y se comparan las características tipológicas y demográficas del maltrato entre los menores españoles de etnia gitana y los inmigrantes extranjeros ingresados en centros de protección. Aunque en ambos grupos de menores se observó una mayor prevalencia del maltrato de tipo pasivo (negligencia física, emocional y/o abandono) frente al activo (físico, psicológico y/o sexual), al comparar la prevalencia del mismo tipo de maltrato en los 2 grupos de menores, el de tipo pasivo fue significativamente superior en los menores españoles de etnia gitana y el de tipo activo en los inmigrantes extranjeros, sin observarse diferencias por edad y sexo.

En la tabla 3 se comparan los factores familiares de riesgo sociosanitario asociados con el maltrato entre los menores españoles de etnia gitana y los inmigrantes extranjeros, ingresados por maltratos en centros de protección. En los menores españoles de etnia gitana se observó una prevalencia significativamente superior de familias con problemas de delincuencia y toxicomanía/alcoholismo y familias multiproblemáticas. En los inmigrantes extranjeros hubo una frecuencia significativamente superior de familias monoparentales, fundamentalmente con presencia de la madre y ausencia del padre (dato no presentado en tabla 3).

En la tabla 4 se describen y se comparan los problemas de salud observados en los menores españo-

Tabla 1. Características demográficas de los menores españoles de etnia gitana (n = 83) e inmigrantes extranjeros (n = 105) ingresados por maltratos en centros de protección de Zaragoza durante el período 1994-2003

	Menores de etnia gitana españoles maltratados	Menores inmigrantes extranjeros maltratados	
	n (%)	n (%)	p ^a
Sexo (varón/mujer)	39/44 (47,0/53,0)	52/53 (49,5/50,5)	0,7297
Edad (años)	Media (DE) 7,1 (5,8)	Media (DE) 9,4 (6,8)	p ^b 0,2153
	N [varón/mujer] (%)	N [varón/mujer] (%)	p ^a
Distribución por grupos de edad			
Lactantes-preescolares (0-5 años)	47 [20/27] (56,6)	41 [16/25] (39,1)	0,0164
Escolares (6-11 años)	12 [11/1] (14,5)	10 [8/2] (9,5)	0,2959
Adolescentes (12-17 años)	24 [8/16] (28,9)	54 [28/26] (51,4)	0,0018

^aPrueba de la χ^2 de Pearson. ^bPrueba de la t de Student. DE: desviación estándar.

Tabla 2. Características del maltrato en menores españoles de etnia gitana (n = 83) e inmigrantes extranjeros (n = 105) ingresados en centros de protección de Zaragoza durante el período 1994-2003

	Menores de etnia gitana españoles maltratados		Menores inmigrantes extranjeros maltratados		
Tipo de maltrato					
Pasivo ^a	N	%	N	%	p ^c
Total	72	86,8	69	65,7	< 0,001
Varón/mujer	38/34	45,8/41,0	38/31	36,2/29,5	0,785
Edad (años)	Media	DE	Media	DE	p ^d
	5,8	5,2	6,8	6,4	0,111
Activo ^b	N	%	N	%	p ^c
Total	11	13,2	36	34,3	< 0,001
Varón/mujer	1/10	1,2/12,0	14/22	13,3/21,0	0,064
Edad (años)	Media	DE	Media	DE	p ^d
	15,2	1,8	15,0	2,3	0,777

^aNegligencia física, emocional y/o abandono. ^bFísico, psicológico y/o sexual. ^cPrueba de la χ^2 de Pearson. ^dPrueba de la t de Student.

les de etnia gitana y los inmigrantes extranjeros ingresados por maltratos en centros de protección. En los niños españoles de etnia gitana se observó una frecuencia significativamente superior de trastornos neurológicos, inmunizaciones ausentes o incompletas y enfermedades dermatológicas. La proporción de menores con al menos un problema de salud o con una enfermedad discapacitante también fue significativamente superior en los niños españoles de etnia gitana. En este grupo de menores también se observó, aunque sin significación estadística, una mayor frecuencia de problemas de conducta en adolescentes y de retraso del

desarrollo psicomotor en el grupo de lactantes-preescolares.

Discusión

Los resultados de este estudio indican que entre los niños españoles de etnia gitana y los niños inmigrantes extranjeros ingresados en centros de protección de la Comunidad Autónoma de Aragón por haber sufrido maltratos, hay diferencias significativas en las características del mal-

Tabla 3. Factores familiares de riesgo sociosanitario en los menores españoles de etnia gitana y los inmigrantes extranjeros, ingresados por maltratos en centros de protección de Zaragoza durante el período 1994-2003, y riesgo para los menores gitanos en comparación con los menores inmigrantes

Factor de riesgo sociosanitario	Familias de los menores de etnia gitana españoles maltratados (n = 58)	Familias de los menores inmigrantes extranjeros maltratados (n = 89)	OR (IC del 95%)
	n (%)	n (%)	
Delincuencia ^{a,b}	36 (62,1)	8 (9,0)	16,57 (6,74-40,73)
Toxicomanía/alcoholismo ^a	29 (50,0)	9 (10,1)	8,89 (3,76-21,01)
Enfermedad infecciosa crónica ^{a,c}	11 (19,0)	8 (9,0)	2,37 (0,89-6,31)
Progenitor adolescente	8 (13,8)	7 (7,9)	1,87 (0,64-5,48)
Familia monoparental	3 (5,2)	27 (30,3)	7,98 (2,29-27,78)
Enfermedad discapacitante psíquica/física ^a	3 (5,2)	8 (9,0)	1,81 (0,46-7,13)
Familias multiproblemáticas ^d	51 (87,9)	39 (43,8)	9,34 (3,82-22,84)

^aFactor de riesgo presente en el padre, la madre, ambos o en el marido/compañero del menor. ^bIncluye prostitución/proxenetismo. ^cSida, infección por la hepatitis B, infección por la hepatitis C, sífilis, tuberculosis, malaria. ^dFamilias con 2 o más factores de riesgo.
OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza.

Tabla 4. Problemas de salud observados en los menores españoles de etnia gitana (n = 83) y los inmigrantes extranjeros (n = 105), ingresados por maltratos en centros de protección de Zaragoza durante el período 1994-2003, y riesgo para los menores gitanos en comparación con los menores inmigrantes

Problema de salud	Menores de etnia gitana españoles maltratados	Menores inmigrantes extranjeros maltratados	OR (IC del 95%)
	n (%)	n (%)	
Inmunizaciones ausentes o incompletas	45 (54,2)	22 (20,9)	4,47 (2,36-8,46)
Trastornos de conducta en adolescentes	10 (41,7)	11 (20,4)	2,79 (0,98-7,96)
Trastornos odontoestomatológicos	33 (39,7)	36 (34,3)	0,79 (0,43-1,43)
Enfermedades dermatológicas	31 (37,3)	18 (17,1)	2,88 (1,47-5,66)
Trastornos del crecimiento y nutrición ^a	24 (28,9)	20 (19,0)	1,73 (0,88-3,41)
Retraso del desarrollo psicomotor (< 6 años)	9 (19,1)	4 (9,7)	2,19 (0,62-7,74)
Adolescente embarazada (o que ya ha sido madre)	3 (18,7)	5 (19,2)	1,03 (0,21-5,05)
Enfermedades infecciosas-parasitarias	11 (13,2)	15 (14,3) ^b	1,09 (0,47-2,52)
Trastornos oftalmológicos	10 (12,0)	13 (12,4)	1,03 (0,43-2,49)
Enfermedades del aparato respiratorio ^c	10 (12,0)	7 (6,6)	1,92 (0,70-5,28)
Trastornos neurológicos	8 (9,6)	1 (0,9)	11,09 (1,36-90,59)
Trastornos ortopédicos	4 (4,8)	9 (8,6)	1,85 (0,55-6,24)
Otros trastornos ^d	4 (4,8)	12 (11,4)	2,55 (0,79-8,22)
Al menos un problema de salud	75 (90,4)	79 (75,2)	3,08 (1,31-7,24)
Enfermedad discapacitante	11 (13,2)	2 (1,9)	7,87 (1,69-36,57)

^aIncluye ferropenia con/sin anemia. ^bNueve menores asociaban una enfermedad infecciosa con una parasitación intestinal única o múltiple. ^cIncluye trastornos otorrinolaringológicos. ^dIncluye trastornos de los aparatos digestivo, genitourinario y cardiovascular.
OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza.

trato, en los factores familiares de riesgo sociosanitario asociados con el maltrato y en los problemas de salud que presentan en el momento de su ingreso.

Sabemos que en la población española adulta y adolescente de etnia gitana se observan tasas más elevadas de delincuencia, trastorno disocial, alcoholismo y drogodependencia, respecto a la población general^{1,2,18,19}.

Basándonos en los resultados del presente estudio, consideramos que cuando se produce el maltrato de un niño español de etnia gitana, estos factores familiares de riesgo sociosanitario están fuertemente asociados. Además, estos factores predisponen a sus familias preferentemente hacia el maltrato de tipo pasivo (negligencia física, emocional y/o abandono).

En el grupo de niños españoles de etnia gitana maltratados, creemos que la mayor prevalencia de problemas de salud, inmunizaciones ausentes o incompletas, enfermedades dermatológicas, retraso del desarrollo psicomotor en los lactantes-preescolares y trastornos de conducta en los adolescentes están directamente relacionadas con el tipo predominante de maltrato sufrido, es decir, con una negligencia física, emocional y/o abandono en las áreas sanitaria, socio-educativa y psicoemocional, de inicio temprano y cronicada en el tiempo. Suponemos que también puede haber influido el hecho de que en la población gitana las tasas de escolarización y de captación para la administración de cuidados preventivos, como las revisiones de salud infantil programadas o la cobertura vacunal, no son todavía las adecuadas y deseables^{3,20}.

En la población española adulta de etnia gitana se observan tasas más elevadas de endogamia, y en la población infantojuvenil se observan tasas más elevadas de malformaciones congénitas, síndromes autosómico recesivos, accidentes y trastornos del comportamiento, respecto a la población infantojuvenil general^{1-3,19,21,22}. Creemos que estos factores han contribuido a la mayor prevalencia de trastornos neurológicos, enfermedad discapacitante y trastornos de conducta observados en el grupo de niños españoles de etnia gitana maltratados.

En los niños inmigrantes extranjeros maltratados se observó un predominio del grupo de adolescentes, una prevalencia superior del maltrato de tipo activo (físico, psicológico y/o sexual) y una frecuencia superior de familias monoparentales, fundamentalmente con presencia de la madre y ausencia del padre. Estos hallazgos sugieren que cuando se produce el maltrato de un niño inmigrante, los factores de edad adolescente y pertenencia a una familia monoparental predisponen preferentemente hacia el maltrato de tipo activo, y que el principal maltratador del menor adolescente inmigrante es su madre.

En el grupo de niños inmigrantes extranjeros maltratados consideramos que la menor prevalencia de problemas de salud está relacionada con la menor pre-

valencia de la negligencia física, emocional y/o abandono (la *ratio* de maltrato pasivo:activo es de 1,9:1, mientras que en el grupo de menores españoles de etnia gitana es de 6,6:1), y que cuando se produjo, en muchos casos no fue de inicio precoz y/o no se llegó a cronificar en el tiempo. También creemos que puede estar relacionado con que el maltrato activo, en muchos casos, no provocó un trastorno de salud física o de la conducta en los niños que lo sufrieron.

Un aspecto que llama la atención es que en ambos grupos de menores, el maltrato de tipo activo fue mucho más frecuente, aunque sin significación estadística, en el grupo de edad adolescente del sexo femenino. Esto nos hace pensar en posibles influencias culturales de desigualdad, discriminación y marginación que determinadas razas y grupos étnicos tienen hacia la mujer²³⁻²⁸.

A pesar de las limitaciones metodológicas en el diseño y el procedimiento de la presente investigación, por tratarse de un estudio de tipo retrospectivo con un sesgo muestral derivado del estudio de casos detectados de maltrato que ingresaron en centros de protección y que incluye todos los tipos de maltrato, consideramos que los datos presentados en esta investigación pueden ser de utilidad para los profesionales del ámbito de los servicios sociales comunitarios responsables de desarrollar estrategias de intervención para la prevención y detección precoz del maltrato en estos grupos específicos de menores, y para los profesionales del ámbito de los servicios sociosanitarios responsables del cuidado de estos menores mientras permanecen en un centro de protección.

Agradecimientos

A todos los profesionales del Instituto Aragonés de Servicios Sociales del Gobierno de Aragón, en particular a los del Servicio Especializado de Menores y de los centros de protección, sin cuya labor cotidiana no se podría haber realizado este estudio.

Bibliografía

1. Ferrer F. El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. *Gac Sanit* 2003;17(Supl 3): 2-8.
2. Cabedo García VR, Ortells i Ros E, Baquero Toledo L, Bosch Girona N, Montero Royo A, Náchter Fernández A, et al. Cómo son y de qué padecen los gitanos. *Aten Primaria* 2000;26: 21-5.
3. Sastre Gussoni E, Miranda León MT, Muñoz Hoyos A, Galdó Muñoz G. Situación de salud entre niños gitanos y no gitanos de una comarca granadina. *An Esp Pediatr* 2000;53: 223-8.
4. Ramos M, García R, Prieto MA, March JC. Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. *Gac Sanit* 2001;15:320-6.
5. Vall Combelles O, García Pérez J, Puig C, García O. La inmigración y su repercusión sanitaria. Aspectos culturales y nuevas patologías emergentes. *Pediatr Integral* 2001;6:42-50.
6. Calvo Fernández JR, López Cabañas A, Segura Blázquez JM, Torres García M, Navarro Rodríguez MC, Calvo Fernández ME. Problemática social del niño inmigrante. *An Esp Pediatr* 2001;54(Supl 4):348-50.
7. Oliván Gonzalvo G. Menores extranjeros en el sistema de protección de la Comunidad de Aragón (España). *An Pediatr (Barc)* 2004;60:35-41.

8. Zunzunegui MV, Morales JM, Martínez V. Maltrato infantil: factores socioeconómicos y estado de salud. *An Esp Pediatr* 1997;47:33-41.
9. Oliván Gonzalvo G. Niños gitanos maltratados: factores de riesgo sociosanitarios y necesidades sanitarias prioritarias. *An Pediatr (Barc)* 2004;60:28-34.
10. Oliván Gonzalvo G. Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en centros de acogida. *An Esp Pediatr* 1999;50:151-5.
11. Guía para detectar, notificar y derivar situaciones de maltrato infantil en Aragón. Zaragoza: IASS-ADCARA; 2001.
12. Oliván Gonzalvo G. Indicadores de maltrato infantil. *Guías clínicas* 2002;2 [consultado 23/10/2002]. Disponible en: www.fisterra.com/guias2/maltrato.htm
13. Oliván Gonzalvo G, Fleta Zaragozano J, Baselga Asensio C, Andrés Sanz J, Magaña Hernández M, Nuel Quílez R. Centros de acogida de menores. *An Esp Pediatr* 1994;41:97-101.
14. Martínez Roig A, De Paúl Ochotorena J. Factores de riesgo para el maltrato y abandono infantil. En: Martínez Roig A, De Paúl Ochotorena J, editores. *Maltrato y abandono en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca; 1993. p. 34-62.
15. Gómez de Terreros I. Modelos explicativos del maltrato infantil. Factores de riesgo. Factores de mediación. Factores precipitantes. En: Gómez de Terreros I, editor. *Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil*. Granada: Comares; 1995. p. 87-94.
16. Arruabarrena Madariaga MI. Investigación de situaciones de desprotección infantil. En: De Paúl Ochotorena J, Arruabarrena Madariaga MI, editores. *Manual de protección infantil*. Barcelona: Masson; 1996. p. 163-211.
17. Oliván Gonzalvo G. Niños y adolescentes en acogimiento transitorio: problemas de salud y directrices para su cuidado. *An Pediatr (Barc)* 2003;58:128-35.
18. Iraurgi I, Jiménez-Lerma JM, Landabaso MA, Arrazola X, Gutiérrez-Fraile M. Gypsies and drug addictions. Study of the adherence to treatment. *Eur Addict Res* 2000;6:34-41.
19. Oliván G. The health status of delinquent gipsy youths in Spain. *Eur J Public Health* 2002;12:308.
20. Cámara Medina C, Pérez García A, Quesada Lupianez P, Sánchez Cantalejo E. Intervención con agentes de salud comunitarios en programas de inmunización en la comunidad gitana. *Aten Primaria* 1994;13:415-8.
21. Martínez-Frías ML, Bermejo E. Prevalence of congenital anomaly syndromes in a Spanish gypsy population. *J Med Genet* 1992;29:483-6.
22. Díez López I, Ardura Fernández J, Palacín Mínguez E, Cardaba Arranz M. Influencia de la etnia gitana en el ingreso hospitalario de lactantes y su patología prevalente. *An Esp Pediatr* 2002;57:215-9.
23. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Workforce. Enhancing the racial and ethnic diversity of the pediatric workforce. *Pediatrics* 2000;105:129-31.
24. Levesque RL. Cultural evidence, child maltreatment, and the law. *Child Maltreat* 2000;5:146-60.
25. Roer-Strier D. Reducing risk for children in changing cultural contexts: recommendations for intervention and training. *Child Abuse Negl* 2001;25:231-48.
26. Hedayat KM, Pirzadeh R. Temas en bioética médica islámica: iniciación para el pediatra. *Pediatrics* (ed. esp.) 2001;52:240-7.
27. Korbin JE. Culture and child maltreatment: cultural competence and beyond. *Child Abuse Negl* 2002;26:637-44.
28. Ferrari AM. The impact of culture upon child rearing practices and definitions of maltreatment. *Child Abuse Negl* 2002;26:793-813.