
Treball social sanitari en infància i adolescència

Atenció primària i Atenció especialitzada

PID_00256480

David Nadal Miquel

Temps mínim de dedicació recomanat: 5 hores



David Nadal Miquel

Els textos i imatges publicats en aquesta obra estan subjectes –llevat que s'indiqui el contrari– a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 Espanya de Creative Commons. Podeu copiar-los, distribuir-los i transmetre'ls públicament sempre que en citeu l'autor i la font (FUOC. Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya), no en feu un ús comercial i no en feu obra derivada. La llicència completa es pot consultar a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

Índex

Introducció	5
1. Marc legal	9
2. Atenció primària i especialitzada	11
3. Treball social sanitari en la malaltia infantil o de l'adolescent	14
3.1. Malaltia crònica o de llarga durada	14
3.1.1. Prevenició i detecció	14
3.1.2. Diagnòstic	18
3.1.3. Intervenció	20
3.2. Nounat amb dificultats greus de salut	23
3.2.1. Intervenció	24
3.3. Dany cerebral adquirit	26
3.3.1. Intervenció	27
3.4. Cures pal·liatives pediàtriques: final de la vida	28
3.4.1. Intervenció	30
4. Treball social sanitari en situacions de risc i maltractament infantil	33
4.1. Consideracions prèvies	33
4.2. Prevenició	34
4.3. Detecció	35
4.4. Intervenció	37
5. Treball social sanitari en l'etapa prenatal	42
5.1. Consideracions prèvies	42
5.2. Prevenició i detecció	43
5.3. Intervenció	44
5.4. Una situació particular: renúncia	45
5.4.1. Detecció	45
5.4.2. Intervenció	46
6. Treball social sanitari en salut mental infantojuvenil	48
6.1. Prevenició i detecció	48
6.2. Intervenció	48
7. Docència i recerca	58
Bibliografia	59

Introducció

“La **infancia** es una época clave de la vida, en la cual se configuran todos los resortes afectivos e intelectuales del individuo, de cuyo correcto desarrollo depende buena parte del éxito o fracaso posterior de cada individuo en su proyecto vital”.

Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales, 1968.

Com encaixa aquesta definició quan a un infant se li diagnostica una malaltia greu i pateix ingressos hospitalaris freqüents des de la primera infància?

“L’infant, per al ple i harmoniós desenvolupament de la seva personalitat, ha de créixer en el si de la família, en un ambient de felicitat, amor i comprensió”.

Convenció sobre els drets de l’infant, 1989.

Com podem ajudar la família d’aquest infant a garantir aquest marc? Què passa amb un menor que no és cuidat adequadament pels seus pares, i són vulnerats els seus drets?

Des del treball social sanitari tenim molt a aportar. En aquesta assignatura analitzarem la contribució del treball social sanitari en aquesta etapa del cicle vital. Per garantir els drets de l’infant i els seus “bons tractes” (Barudy, 2005), el nostre subjecte de treball prioritari serà el **grup familiar o cuidador**. La família ha de respondre a les necessitats psicosocials de l’infant, per mitjà de les funcions parentals. Aquestes, segons Meltzer i Harris (1989), han de satisfer les **necessitats emocionals** de l’infant (generar amor, contenir ansietats, motivació, ajudar a pensar), **físiques** (salut, alimentació), **socials** (permetre i motivar la socialització primària i secundària, educar i aprendre) i **materials** (assegurar unes condicions socioeconòmiques adequades que permetin satisfer-ne les necessitats bàsiques).

En el context sanitari, en el moment de falta de salut-malaltia, poder garantir aquest benestar se’ns complica. El “malestar psicosocial” (Ituarte, 1992) viscut per les famílies, i que els col·loca en una situació de **vulnerabilitat**, motiva que hàgim d’extremar el tractament dels factors que preocupen, dirigint la nostra mirada a l’infant. Haurem de tenir en compte les característiques i el pronòstic de la malaltia mateixa, el moment en el cicle vital de la família en què apareix i l’edat del menor afectat (nourat, infància, adolescència), l’estructura familiar (monoparental, nuclear, reconstituïda) en la qual apareix i les capacitats d’aquesta, l’existència de suport familiar i els recursos sociosanitaris de la comunitat (Fernández, 2006).

Des d'aquesta anàlisi, ens podrem aproximar al **diagnòstic social sanitari**, establir prioritats, potenciar i reforçar els aspectes positius i treballar i incidir en els que no funcionen en la dinàmica del nucli familiar en el seu context social concret. La intervenció es pot adreçar a:

“Un amplio abanico de posibilidades que van desde las familias más sanas y capacidades (cuya irrupción de un hijo con patología grave puede desencadenar importantes repercusiones en el seno familiar), a todas aquellas situaciones vulnerables, que por factores ajenos y/o internos, transitorias o permanentes, pongan en riesgo, o comprometan seriamente, las capacidades y el desarrollo personal de los padres. Todas estas situaciones pueden generar, en mayor o menor medida, la necesidad de un apoyo externo, de recursos y de ayudas para facilitar la crianza de sus hijos”.

Valls, 2010.

És important tenir present que, especialment el treball social sanitari en infància i adolescència, implica un nombre considerable de serveis i professionals de la xarxa sociosanitària i educativa que habitualment estan vinculats amb el menor: l'entorn sanitari mateix, l'escolar, serveis específics per a pacients amb problemes de salut (atenció primerenca, centres de salut mental infantojuvenils), serveis socials d'atenció primària, serveis específics d'atenció al menor en risc social, serveis lúdics o associacions de malalts.

Aquesta realitat pot constituir un factor protector i una oportunitat per a la detecció de situacions amb les quals hem de treballar i que ens aporta més elements d'observació que ajuden a elaborar el diagnòstic social sanitari. No obstant això, també pot afegir dificultats en implicar diferència de criteris en relació amb la situació, una necessitat de coordinació constant (que representa una càrrega de treball important, encara que necessària i imprescindible, especialment en el cas de la infància i de l'adolescència) o la falta de coresponsabilitat que motivi que cap professional no assumeixi ser el referent del cas. Per aquest motiu, en el treball social sanitari en infància i adolescència pren especial rellevància una **coordinació** excel·lent i fluïda extrainstitucional (per a poder treballar en una mateixa línia o facilitar una alta hospitalària amb més possibilitats d'èxit), i no menys important, intrainstitucional (amb professionals d'altres disciplines). A. Ituarte, en la seva ponència inaugural de la I Jornada Estatal d'Intervenció Social en Salut Maternoinfantojuvenil (Hospital Sant Joan de Déu, 2012) va dir:

“**Trabajar en equipo** significa poner los conocimientos que uno tiene, sus capacidades personales y profesionales, a disposición de los demás, para entre todos encontrar la respuesta más adecuada al problema de salud o a la enfermedad de esta persona concreta en esta situación concreta”.

Ituarte, 2012.

En aquest estadi del cicle vital, la nostra proposta consisteix a agrupar el treball social sanitari en quatre procediments:

- Procediments de treball social sanitari en la malaltia infantil o de l'adolescent

- Procediments de treball social sanitari en situacions de risc i maltractament
- Procediments de treball social sanitari en l'etapa prenatal
- Procediments de treball social sanitari en salut mental infantojuvenil

1. Marc legal

En relació amb el marc legal específic en matèria d'infància i adolescència, haurem de tenir en compte en l'àmbit sanitari:

1) Marc general global

- Convenció sobre els drets de l'infant, adoptada per l'Assemblea General de les Nacions Unides, de 20 de novembre de 1989.
- Llei 25/2010, de 29 de juliol, del llibre segon del Codi civil de Catalunya, relatiu a la persona i la família, que regula els drets dels pares, la representació legal i les seves excepcions.

2) En matèria de protecció de la infància

- Llei 26/2015, de 28 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i a l'adolescència. Cal destacar que les competències estan transferides a les diferents autonomies, per la qual cosa cadascuna té una legislació pròpia en matèria de protecció de menors.

3) En matèria de salut sexual

- Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs: "en el cas de les dones de 16 i 17 anys, el consentiment per a la interrupció voluntària de l'embaràs els correspon exclusivament a elles d'acord amb el règim general aplicable a les dones majors d'edat".
- Llei orgànica 1/2015, de 30 de març, per la qual es modifica la Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi penal. L'edat mínima de consentiment sexual passa dels 13 als 16 anys.

4) En matèria de menors malalts

- Carta europea dels drets de l'infant hospitalitzat (Parlament Europeu, 1986).
- Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. En la seva última revisió, en vigor des del 18 d'agost de 2015, la majoria d'edat sanitària continua establerta en els 16 anys, tot i que s'introdueixen limitacions a la capacitat de decisió dels majors de 16 i

Lectura recomanada

Vegeu la Carta europea dels drets de l'infant hospitalitzat.

menors de 18 anys per raó del greu risc a la vida o la salut, concepte indeterminat legalment i que ha rebut crítiques per la seva ambigüitat.

Els setze anys, o l'emancipació per matrimoni abans d'aquesta edat, determinen legalment la maduresa de l'individu per a les decisions sanitàries, per la qual cosa no caldria el consentiment dels pares ni dels tutors, tret que:

- L'estat físic del menor no li permeti fer-se càrrec de la situació.
- El pacient no sigui capaç, intel·lectualment ni emocionalment (o per immaduresa, addicció o dependència), de conèixer l'abast de la intervenció.
- El facultatiu determini una situació de salut greu.
- La capacitat de decidir s'ajorna als divuit anys per participar en assajos clínics, tècniques de reproducció assistida, donació d'òrgans i voluntats anticipades.
- Reial decret 1148/2011, de 29 de juliol, per a l'aplicació i desenvolupament en el sistema de Seguretat Social, de la prestació econòmica per cura de menors afectats per càncer o altre malaltia greu. Aquesta legislació regula la prestació (per reducció de jornada laboral) que pot rebre un dels dos progenitors de l'infant malalt amb la finalitat de garantir el seu acompanyament hospitalari o en tractaments continuats en un centre sanitari. El propi Decret regula en quins grups de malalties pot ser contemplada la gestió d'aquesta prestació.

5) En matèria de violència de gènere

- Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere, regula l'abordatge de la violència masclista i les mesures protectores dirigides a les víctimes d'aquest delictes.

2. Atenció primària i especialitzada

Els **equips pediàtrics** tenen una posició preventiva com a procuradors de salut en l'aplicació pràctica dels conceptes de risc, competència, vulnerabilitat en la relació pare/mare i fill i poden detectar, de manera molt precoç, quan el desenvolupament biopsicosocial de l'infant està compromès.

Els objectius, els models d'intervenció i les tècniques aplicats en la intervenció amb infància i adolescència són comuns, encara que el context, el moment i, possiblement, la gravetat dels diagnòstics amb els quals es treballen provoquen diferències. No obstant això, ens és imprescindible incorporar el concepte de **continuitat entre els dos nivells assistencials** i en totes dues direccions, cosa que de vegades per càrrega de treball o la dedicació a altres col·lectius (adults o vells) o perquè prioritzem la urgència enfront de la prevenció, ho poden fer més difícil.

“Cada vez resulta más evidente la necesidad de **prolongar la atención sanitaria y social** de la persona hospitalizada a través de la atención primaria de salud. Se deben garantizar unos circuitos de colaboración y coordinación entre ellos, tanto para la detección de las personas de riesgo como para la misma atención y seguimiento”.

Colom, 2008.

Les especificitats de totes dues realitats assistencials són:

1) **Atenció primària** (basada en el Document marc de treball social sanitari en pediatria, Institut Català de la Salut, 2010):

- Atenció al grup familiar amb l'**infant sa**. A diferència de l'atenció especialitzada, des de l'atenció primària tenim la possibilitat de treballar amb les famílies amb un fill sa, des del punt de vista de salut física, sense que això signifiqui que no pugui patir situacions que n'afectin el desenvolupament biopsicosocial. Serà prioritari que treballem amb els equips del centre de salut mateix per a la **detecció de situacions de risc**, que possiblement mai no seran abordades des de l'especialitzada, i formalitzar protocols d'intervenció.
- Els treballadors socials sanitaris han de conèixer les **característiques sociodemogràfiques** de la zona on treballen, fet que permet poder treballar, des de la **prevenció**, amb els diferents recursos de la comunitat i fomentar o participar en iniciatives de treball en xarxa. A diferència de l'especialitzada, en col·laborar amb els recursos estables de la seva zona, permet organitzar trobades estables que facilitin canals de coordinació, consensos i pactes en els processos (col·legis i instituts, serveis socials, equips de protecció a la infància, serveis d'atenció primerenca, centre de salut mental infantojuvenil, centre de planificació familiar).

“Els professionals de l’atenció primària de salut, desenvolupem la nostra labor professional, amb nivells de dificultat que s’hi sumen, depenent dels entorns socioeconòmics en els quals destinem els nostres serveis.”

M. Jara, 2015.

- Actuar com a **gestor de casos** en els casos de **sospita de maltractament** i garantir-ne la continuïtat assistencial amb l’especialitzada, en el cas de ser necessari. En aquest sentit, han d’impulsar l’elaboració de protocols i procediments d’actuació davant les situacions detectades (per exemple, davant sospita de mutilació genital femenina o sospita d’abús sexual infantil).
- **Atenció/visites a domicili:** la presència al territori facilita l’accessibilitat als domicilis de les famílies en situació de risc o infants amb malalties cròniques complexes.
- Seguiment de les **gestants de risc social** des de pràcticament l’inici de l’embaràs (i derivar-les posteriorment al treballador social sanitari de l’hospital maternoinfantil de referència). Reprendre l’atenció després del part i assegurar la vinculació amb el pediatre.
- Acompanyament a famílies amb fills amb **discapacitat o malaltia crònica** quan el seu nivell d’atenció amb l’especialitzada disminueix, de manera que es pot donar continuïtat a l’atenció oferta o compartir el pla de treball. És especialment rellevant la necessitat de formació especialitzada en cronicitat pediàtrica per part dels professionals de l’atenció primària. L’equip de referència del territori ha de facilitar al pacient i a la seva família una atenció propera per tal d’intentar reduir els desplaçaments a l’hospital de referència sempre que no siguin imprescindibles.
- Impulsar la realització d’**atenció grupal** (mares adolescents, mares soles, grups de criança, etc.) o col·laborar en el seu lideratge.
- Buscar i promoure activament recursos de la comunitat per poder facilitar la criança a les famílies.
- **Coordinació** amb els equips de medicina general per garantir la continuïtat assistencial d’adolescents i famílies amb problemàtica psicosocial.

2) Atenció especialitzada

- Permet atendre des de tres dispositius: **urgències, hospitalització i consultes externes**.
- Les **urgències** requereixen una resposta social ràpida (especialment, en els casos de sospites de maltractament) encara que, si és necessari, és possible

utilitzar l'hospital com a entorn protector per al nen, i això permet prendre un temps per a poder aprofundir o fins i tot promoure l'hospitalització per a explorar (la família, la seva situació i el seu entorn) i prendre les decisions oportunes. D'altra banda, les urgències permeten la **detecció de factors de risc** que podem transmetre a l'atenció primària i garantir-ne el seguiment social.

- L'**hospitalització**, encara que es tracti d'una malaltia lleu i d'una hospitalització de curta durada, permet observar la dinàmica familiar i detectar i tractar situacions de vulnerabilitat i risc social i garantir la continuïtat de l'atenció en la comunitat.
- L'hospital, pel grau d'especialització, és l'àmbit on habitualment són comunicats els **diagnòstics** de malalties greus. Aquest fet fomenta l'atenció en crisi dels treballadors socials sanitaris en aquest moment del procés i l'accés directe a la informació dels especialistes i l'experiència professional mateixa, i facilita l'atenció a la família en aquest moment.
- Les hospitalitzacions, després d'un diagnòstic greu, algunes molt perllongades, són un context afavoridor per al **vincle** estret i continuat entre família i professional.
- L'**ingrés per part** pot ser una oportunitat per a tractar **situacions socials fràgils** i de risc que motivin la cria adequada del nounat.
- En les situacions de sospita de maltractament, l'hospital (com a estructura física) resulta més protector quan s'han d'abordar aquestes situacions.
- En haver-hi pacients amb el mateix diagnòstic, és més fàcil motivar l'**atenció grupal** de familiars o pacients en una mateixa situació de salut, i fins i tot participar en projectes d'investigació multidisciplinària.
- Acompanyar pacient i família en la **transició** a l'hospital d'adults.
- Participar activament en els projectes d'**humanització dels hospitals pediàtrics**.

Al llarg de l'assignatura farem referència als diferents graus de participació de tots dos nivells assistencials i incidirem en la necessitat de **coordinació entre els professionals** de tots dos. Els models de treball proposats (model d'atenció en crisi, model psicosocial) es poden utilitzar en tots dos entorns i també els procediments (estudi sociofamiliar, diagnòstic i tractament) i les tècniques (entrevista, treball grupal, coordinació).

3. Treball social sanitari en la malaltia infantil o de l'adolescent

En aquest apartat treballarem quina aportació fem des del treball social sanitari amb l'infant o adolescent malalt i, especialment, amb la família. En primer lloc, veurem quins mecanismes podem utilitzar perquè la família arribi a nosaltres, quin és l'impacte de la malaltia crònica o de llarga durada en la família, quins elements cal valorar a l'hora de fer un diagnòstic social sanitari i com hi podem intervenir.

Seguidament, farem esment a tres protocols de treball social sanitari (nourat amb greus dificultats de salut, dany cerebral adquirit, el final de la vida) que, per l'especificitat, moment i forma en la qual apareixen en la vida de les famílies, ens sembla important treballar-les de manera específica.

Cal destacar que el procediment diagnòstic, descrit en el punt 3.1 següent, serà extrapolable a les altres situacions (3.2, 3.3, 3.4) encara que l'hem d'adaptar a la malaltia concreta i a les conseqüències descrites.

3.1. Malaltia crònica o de llarga durada

3.1.1. Prevenció i detecció

El diagnòstic d'una malaltia crònica o de llarga durada, que implica un llarg seguiment o tractament, compromet el desenvolupament global del menor afectat i del nucli familiar.

El diagnòstic o la pèrdua de salut en un membre del nucli familiar és sempre imprevisible, genera un impacte que altera l'equilibri (familiar, emocional i social) que la família tenia fins al moment i que pot configurar una nova forma de vida. Aquest impacte es dona amb més força quan l'afectat és un nen o un adolescent, i s'afegeixen addicionalment canvis de valors, objectius i expectatives de futur, que poden ser origen de conflicte en la dinàmica i les relacions entre els seus membres (Claramonte, Nadal i altres, 2012).

Sovint, als treballadors socials sanitaris únicament ens associen a l'atenció del risc social i el maltractament o a les situacions socioeconòmiques precàries i, en alguns contextos, encara no som identificats com el professional que pot fer l'acolliment familiar posterior al diagnòstic d'una malaltia greu i l'acompanyament social durant tot el procés d'atenció. En un estudi qualitatiu elaborat per l'equip d'Experiència del Pacient de l'Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu (Barcelona), coordinat pel treballador social sanitari David Nadal entre 2016 i 2017, les famílies expliquen que, en rebre la primera notícia sobre el diagnòstic del seu fill o filla, la seva vivència no només va estar condicionada per la conversa que van mantenir amb el metge, sinó que l'experiència global va estar influenciada per tots els professionals amb els quals van mantenir contacte; donaven, així, molt valor a l'acompanyament posterior a la comunicació del diagnòstic.

En l'atenció especialitzada, pertànyer a unitats funcionals constituïdes per a atendre diferents malalties i que integren un **enfocament multidisciplinari** (i el treball interdisciplinari) pot ajudar a enfortir els vincles entre els diferents papers i ser una oportunitat de retroalimentació professional. En aquest context, és imprescindible el consens sobre la **derivació per protocol** davant el debut o l'aparició d'algunes malalties que sabem que generen un gran impacte en l'infant i en la família (per exemple, les oncològiques, el dany cerebral adquirit, la diabetis, les malalties neuromusculars o respiratòries greus, entre d'altres). Aquests acords, fruit del treball interdisciplinari, ens apropen al concepte que la **detecció precoç** ajuda a la prevenció de dificultats socials més greus:

“La detección de un problema social sanitario oculto evita el deterioro de la situación en las vertientes social y sanitaria. Si los problemas están ahí, más temprano o más tarde, aflorarían”.

Colom, 2008.

Aquesta derivació (precoç) ens permet elaborar el diagnòstic social sanitari, avançar a la família les possibles dificultats, de tipus organitzatives i pràctiques, davant una malaltia en concret i elaborar la **detecció precoç dels factors de vulnerabilitat i risc social** i poder començar a tractar-los.

“El trabajador social puede recurrir a ciertos elementos del pasado pero se interesa, en primer lugar, por la situación presente. También se interesa por el futuro al intentar prever, con el cliente, las tareas que habrá que realizar, los obstáculos que se van a presentar y las formas de superarlos. Entonces utiliza técnicas con fuerte componente pedagógico, como la *dirección por anticipación*”.

Du Ranquet, 1996.

La seva aportació la podem aplicar al treball social sanitari. D'altra banda, ens permetrà prevenir el risc de claudicació i facilitar el suport necessari als cuidadors amb alt grau d'esgotament.

Lectura recomanada

En aquest enllaç us podeu descarregar un article sobre el projecte (en català) i la guia de bona pràctica en primera notícia elaborada conjuntament amb les famílies (en castellà) (D. Nadal, 2018, pàg. 38-42).
<https://bit.ly/2MLO8CQ>

El moment (l'etapa vital de l'infant i de la família) en què apareix la malaltia, les característiques d'aquesta i del grup familiar són elements que hem de valorar i que condicionaran el diagnòstic social sanitari i la intervenció social posterior.

Des de la pràctica professional, observem que la malaltia infantil genera una sèrie de **dificultats psicosocials** que, al seu torn, són condicionades per diferents factors relacionats amb la malaltia mateixa, amb la vulnerabilitat familiar i el risc social.

“Tenir un fill/a en situació de malaltia crònica complexa té per si mateix un impacte profund en les famílies, que sumat a altres elements socioeconòmics i sociofamiliars, desencadena, en molts casos, una situació d'alta vulnerabilitat.”

E. Lasheras, 2014.

Les dificultats més observades en la pràctica professional solen ser de tipus organitzatives i pràctiques i de tipus emocionals (Claramonte, Nadal i altres, 2012).

- **Organitzatives i pràctiques:** apareixen nous problemes als quals els pares han de fer front sense experiències prèvies. El seu desig és poder tornar a una vida que s'assembli tant com sigui possible a la vida quotidiana. Poden necessitar trasllats diaris a l'hospital quan l'infant està hospitalitzat o assisteix a l'hospital de dia, ajustos en l'organització familiar diària i canvis de paper entre els membres. Ingressos freqüents, visites mèdiques continuades, desatenció o abandó dels altres fills, renúncia o readaptació a activitats familiars i laborals. Adaptacions a l'entorn físic de l'infant i la família (barreres arquitectòniques, presència de material sanitari al domicili, ajudes tècniques, etc.). Habitualment, també hi ha una pèrdua d'ingressos econòmics i noves despeses (menjar fora de casa cada dia, viatges a l'hospital, allotjament per a un dels progenitors o família extensa si viuen lluny de l'hospital, etc.). Depenent de la malaltia, també han d'aprendre a manejar instrumental sanitari (sondes, respiradors, aspiradors i bombes d'alimentació, entre d'altres). La informació, l'assessorament i l'apoderament (*empowerment*) del qual puguem dotar la família seran claus davant aquestes necessitats.
- **Emocionals:** l'impacte de la malaltia representa per a la família un alt nivell d'estrès que, de vegades, va acompanyat de tensions, conflictes en la parella o possibles ruptures, i moltes veuen interromput o trencat el projecte de família que havien imaginat. S'han d'adaptar a entorns no habituals com hospitals, centres de tractament o escoles especials, entre d'altres, i aprendre un nou llenguatge (clínic) al qual no estaven acostumats o que els resulta difícil d'entendre. Experimenten diferents sentiments com por, incapacitat, culpabilitat o por al rebuig, i obren interrogants que presenta la nova situació. Afloren qüestions no resoltes a escala individual, de parella o familiars, i s'hi han d'enfrontar. Han d'elaborar la pèrdua i gestionar el dol. Finalment, hem de preveure que

el patiment pot alterar els mecanismes de criaça i les interrelacions familiars, i motivar-ne l'aïllament social. Oferir un espai i un temps per a acompanyar i ajudar a elaborar aquests sentiments i emocions seran serveis clau del treballador social sanitari durant tota la intervenció i en les diferents etapes de la malaltia.

Però no solament la malaltia té conseqüències per als pares. És important que preveiem **l'impacte que té la malaltia en la vida del nadó, l'infant o adolescent** (Fernández, 2006):

- Canvia el lloc que té en la família, i passa a ser habitualment el centre d'atenció.
- Conseqüències psicosocials i emocionals en relació amb l'acceptació de la malaltia i amb els canvis físics que pot patir: alopecia, pèrdua de pes, etc.
- Alteracions en la vida escolar i, en conseqüència, en el rendiment.
- Risc d'aïllament social: trenca el cercle de les relacions socials i depèn que les amistats el visitin a l'hospital o a casa. Les capacitats no són les mateixes que abans de la malaltia i l'entorn a vegades no es pot adaptar a la nova realitat.
- Depenent del tipus de malaltia (com en el cas, per exemple, d'AVC, TCE o meningitis), les capacitats bàsiques poden experimentar un canvi bruscat i passar d'una situació de normalitat a una de discapacitat o dependència, per la qual cosa estan sumats en el procés de dol propi.
- Pot patir pors o fòbies als entorns hospitalaris o a certes pràctiques clíniques (por a l'anestèsia i a no despertar, al dolor de les punxades, a què passarà després de la intervenció quirúrgica, als dolorosos processos rehabilitadors, el Port-a-Cath, etc.).
- Lactants: en el cas d'estar hospitalitzats des del naixement, i encara que actualment les unitats neonatals són més obertes, es veuen privats del vincle matern accessible.
- Adolescents: aprenentatge en relació amb el tractament (hi pot haver rebuig i dificultats en l'adherència). També es poden qüestionar si volen compartir o no la malaltia i el pronòstic amb les amistats.
- Dificultats per a acceptar la normalitat després de la malaltia (durant el temps que ha estat hospitalitzat o en tractament ha estat el centre d'atenció dels familiars, amics, l'equip assistencial, etc.) i pot resultar difícil la readaptació a la vida ordinària.

Els **germans dels infants malalts** també poden patir conflictes psicossocials que haurem de preveure:

- Preocupació per si el germà mor.
- Culpabilitat perquè ells estan sans i poden gaudir d'activitats de què el seu germà no pot.
- Empipament o tristesa perquè els pares dediquen la major part del temps al germà.
- Nostàlgia del passat (amb desig que les coses tornin a estar com abans).
- Somatitzen l'estrès i l'ansietat.
- Pateixen dificultats en els aprenentatges escolars (poca concentració, problemes de conducta, etc.).
- Senten culpa residual per no haver-se portat bé amb el germà en el passat.

Com a treballadors socials sanitaris i mitjançant la nostra mirada global, hem de funcionar com a “alerta” cap als pares en relació amb la situació dels germans perquè no siguin invisibles. Els podem ajudar a pensar i a gestionar diferents propostes: delegar temporalment la cura temporal de l'infant malalt per a poder compartir temps tots sols amb els altres germans, orientar sobre suports que puguin facilitar l'organització i que permetin acompanyar-los al col·legi o poder passar una nit a casa o oferir-los parlar sobre com pensen explicar la situació de salut al germà i orientar-los sobre aquest tema.

Durant la malaltia, és recomanable disposar de professionals d'altres disciplines en l'equip (psicòlegs, psiquiatres) per a poder acompanyar les famílies, els pacients o els germans i poder oferir les aportacions des de la seva disciplina facilitant la complementarietat entre aquestes. També és important en els equips la mirada transdisciplinària de cada un dels membres, de manera que puguin funcionar com un tot i existeixi un coneixement profund de les competències de l'altre.

3.1.2. Diagnòstic

“L'objectiu és ajudar la persona (o grup familiar) que té un problema dins d'un quadre de circumstàncies específiques”.

Hamilton, 1951.

Lectura recomanada

Nafria, B. i Pérez, B. (2012). “¿Cómo convive un niño cuando tiene un hermano con algún tipo de discapacidad?”. *FAROS*. Hospital de Sant Joan de Déu (núm. 19).

En aquesta línia, farem una anàlisi multifactorial de cada situació específica que ens ajudarà a aproximar-nos al diagnòstic social sanitari, al tipus d'intervenció social necessària, i que podrà condicionar l'evolució familiar i el seu pronòstic.

1) Factors (estressors) relacionats amb la malaltia mateixa

- Existència de risc vital (pot no haver-hi risc, depenent de l'evolució, o alta probabilitat de mort).
- Grau de vinculació a l'hospital (si la malaltia implica hospitalitzacions contínues, visites a consultes externes, hospitals de dia, que condicionen l'organització familiar).
- Necessitat de manejar mesures tècniques a domicili (impliquen un alt nivell d'aprenentatge de la mare –o pares– i la responsabilitat que la vida del fill depèn de la seva actuació en una situació d'urgència).
- Atenció de múltiples especialitats mèdiques (dificulten l'atenció perquè habitualment cap facultatiu no assumeix la informació global del pacient).
- Alta dependència o discapacitat (genera dificultats per a l'ABVD de l'infant i condiona la vida familiar. També cal tenir en compte les malalties degeneratives).

2) Factors de vulnerabilitat familiar

- Dinàmica familiar (davant l'adversitat, la família té o no recursos propis per a fer front a la situació).
- Pèrdues prèvies (en el moment del diagnòstic, la família pot estar elaborant el dol d'una altra pèrdua –mort d'un familiar, pèrdua de feina– que pot afectar negativament la vivència d'aquesta nova situació).
- Situació socioeconòmica (capacitat de fer front a les noves despeses que genera la situació de malaltia).
- Xarxa de suport (recursos de suport de què disposa la família: família extensa, amistats i institucions a les quals poden estar vinculats).
- Família immigrant (la manera d'entendre la malaltia, la salut, l'escala de valors. La situació legal –pel que fa a l'accés a les prestacions– i la barrera idiomàtica poden dificultar l'atenció. Poden tenir també menys suport social).

Citació

Entendrem la vulnerabilitat com "un estat de menys resistència a les molèsties i agressions. Aquesta pot ser definitiva o temporal. Totes les famílies, siguin del tipus que siguin, i tinguin l'estructura i la forma de vida que tinguin, poden ser també vulnerables en un moment o un altre del seu cicle de vida" (Bronfenbrenner, 1979).

- Família desplaçada (el fet de viure lluny de l'hospital o fins i tot en una altra comunitat autònoma desencadena un sentiment de desubicació, solitud i falta de suport familiar i comunitari).

3) Factors de risc social

- Falta de capacitats físiques, intel·lectuals i emocionals del cuidador.
- Cuidador principal molt jove o d'edat avançada.
- Consum de drogues o alcohol del cuidador.
- Conducta violenta, antisocial o delictiva del cuidador.
- Vincle feble del cuidador amb l'infant malalt.
- Violència física o verbal entre els membres de la família.
- Habitatge inadequat.
- Vinculació fràgil o nul·la amb la intervenció professional.

Vegeu també

Aprofundirem en els factors de risc social en l'apartat 4.

La presència d'algun d'aquests factors de risc (especialment, els relacionats amb el consum de substàncies o l'existència de violència en el si de la família), encara que els relacionats amb la malaltia o amb la vulnerabilitat familiar no siguin preocupants, poden incidir negativament en el pronòstic de la malaltia i l'evolució i implicació de la família davant aquesta i, per descomptat, condicionaran el nostre tipus d'intervenció.

“Múltiples factors de risc social en els pares tenen un efecte acumulatiu en l'estat de salut física i socioemocional dels infants, la qual cosa demostra els greus efectes del risc. Això subratlla la importància d'abordar els múltiples nivells de risc social per a assolir millores en la salut infantil”.

Larson i altres, 2008.

Lectura recomanada

“Influence of Multiple Social Risks on Children's Health” (2008, febrer). *Pediatrics* (vol. 121, núm. 2, pàg. 337-344, doi: 10.1542/peds.2007-0447).

3.1.3. Intervenció

“El **tratamiento** consiste en atender a nivel individual, familiar o grupal, la problemática psicosocial que incide o está relacionada con el proceso de salud-enfermedad, siempre dentro del contexto general del tratamiento y en orden al logro de objetivos de salud. Conlleva la tarea de orientar, cuando el problema así lo requiere, al resto del equipo sanitario así como al propio paciente y su entorno, sobre los recursos sanitarios y sociales que sean adecuados para el logro de los objetivos de salud”.

Ituarte, 1992.

En el monogràfic *La intervenció social en la enfermedad crónica infantil* (Claramonte, Nadal i altres, 2012) es descriuen **tres tipus d'intervenció**, aplicables a diferents moments de la malaltia, tenint en compte els factors de vulnerabilitat i risc descrits anteriorment:

1) Intervenció en crisi (acolliment)

Indicada en la primera fase de la malaltia i posterior al diagnòstic clínic. És preferible que fem l'acolliment uns dies després del diagnòstic. D'aquesta manera, la família estarà més receptiva a les orientacions i serà més capaç de reconèixer les seves necessitats des de la comunicació de la notícia. Hem de ser conscients que, amb aquest acolliment, ja estem fent tractament. En

alguns casos, si no es tracta d'una malaltia que impliqui una alta vinculació a l'entorn especialitzat, serà l'única vegada que tractarem amb la família (però no per això aquesta atenció deixa de ser important) per a derivar-la a l'atenció primària de salut. No obstant això, en altres casos serà l'inici d'una intervenció social que s'allargarà en el temps.

El treballador social sanitari és l'estimulador dels **mecanismes d'adaptació de les persones** i el catalitzador de l'engegada dels recursos que, algunes vegades, la família mateixa desconeixia. Serà important que puguem formular dues preguntes: *Com esteu?* i *Com us heu pensat organitzar?*

“La crisis sobreviene cuando la tarea a cumplir desborda momentáneamente las capacidades habituales. Se puede decir, pues, que cuando hay un estado de crisis es porque en el repertorio de respuestas, la persona o familia no puede encontrar la que necesita para resolver la dificultad, o que se presentan demasiadas dificultades a la vez”.

Du Ranquet, 1996.

Els objectius bàsics d'aquesta intervenció:

- Afavorir l'expressió i acompanyar els sentiments que apareixen.
- Contrastar que s'ha entès la informació sobre la situació de salut del fill i el pronòstic.
- Començar a potenciar les capacitats resilients de l'infant i de l'entorn, construint estratègies d'afrontament i superació davant l'adversitat.
- Ajudar la família a detectar les dificultats immediates i a pensar en solucions.
- Oferir i buscar els suports necessaris per a les dificultats no solucionades per la família mateixa.

En finalitzar aquest acolliment (habitualment, durant una hospitalització, si es detecta des de l'atenció especialitzada), si no s'ha programat una visita següent, és important deixar una “porta oberta” verbalitzant que estarem disponibles a atendre'ls i acompanyar-los. De vegades, es tracta de famílies poc acostumades als entorns assistencials i no saben com poden demanar ajuda, per la qual cosa, en uns dies podríem passar per l'habitació per interessar-nos per com estan.

2) Acompanyament social

És un tipus d'intervenció clarament apropiada a la fase crònica i a les seqüeles de la malaltia i que habitualment s'allarga en el temps. És especialment adequada per a les famílies vulnerables que hem assenyalat anteriorment.

Es pot dur a terme des de l'atenció primària i l'especialitzada. El procés d'acompanyament l'iniciem poc després de la comunicació del diagnòstic i de la nostra primera intervenció.

El treballador social sanitari, en aquesta fase, **mitjançant l'escolta activa, l'orientació i la contenció emocional**, i ajustant-se al ritme de la família, ha de fer el següent:

- Estar atent a les necessitats concretes que apareixen durant l'atenció i anar introduint els recursos de suport necessaris, especialment en el moment de l'alta hospitalària i la tornada a casa.
- Estimular les capacitats de la família per a gestionar les dificultats.
- Ajudar a la integració i la socialització de l'infant tant com la malaltia ho permeti i evitar l'aïllament familiar de la família extensa i de la comunitat.
- Atendre moments complicats de la dinàmica familiar que se sumen a la situació de salut (crisi de parella, pèrdua de feina, tornada al col·legi, despeses extraordinàries, etc.).
- Facilitar el suport i els recursos necessaris per prevenir la claudicació familiar.
- Mitjançant les entrevistes de suport, fer esment a la família sobre els canvis i èxits assolits per ells mateixos, reconeixent-los les seves funcions parentals.
- Detectar possibles situacions de risc i maltractament.
- Els podem posar en contacte amb altres pares en una situació semblant (vinculant-los a associacions de malalts o participant en grups socioterapèutics).

Un cas

Nena d'origen magrebí diagnosticada de distròfia muscular, mare sobrecarregada, pare al país d'origen, germà petit desatès, no hi ha presència de família extensa. Mitjançant entrevistes, valorar-ne els punts forts i potenciar-los. En relació amb els dèficits detectats i reconeguts per la mare, podem anar introduint una ajuda domiciliària, espais de respir perquè la mare pugui estar amb el germà, tramitar l'escolarització temporal a domicili per al pacient. També seria oportú derivar la situació a l'atenció primària de manera que la mare tingui un referent més a prop que la pugui acompanyar o fins i tot vincular l'atenció d'infermeria de primària perquè li puguin donar suport en algunes cures. Finalment, ens podem coordinar amb l'escola del germà petit per fer-los partícips de la situació familiar i fomentar més observació i cura d'aquest.

3) Tractament/seguiment social

És el mètode d'intervenció més especialitzat. Inclou l'acompanyament social, però resulta una manera completa d'intervenció amb famílies que presenten **factors d'alta vulnerabilitat** i, especialment, de **risc social**.

Els treballadors socials sanitaris haurem de tractar els factors de risc psicosocial per arribar a modificar-los o bé contribuir a la cerca d'alternatives que els protegeixin.

En aquest tipus d'intervenció **la coordinació interprofessional i el treball en xarxa** seran clau per a salvaguardar els drets de l'infant.

Un cas

Nen afectat de diabetis. Absentisme en les visites de l'especialista i, per tant, incompliment del tractament. Pares separats en conflicte que s'acusen mútuament del mal maneig de la malaltia, però cap no l'assumeix. Des de l'especialitzada no es pot treballar amb la família perquè no acudeixen, per la qual cosa ens posem en contacte amb l'atenció primària de salut. El treballador social sanitari de primària implicarà el pediatre de l'infant per poder abordar amb els pares com la conflictiva familiar impacta en la salut física de l'infant. Articularem seguiment dels serveis socials, ja que es tracta d'una situació de risc.

Com hem assenyalat, el diagnòstic social sanitari i la intervenció posterior variaran en relació amb els factors detectats (malaltia, vulnerabilitat i risc). No obstant això, la intervenció també estarà condicionada pel moment en què apareix la malaltia (de la família i del pacient mateix).

A continuació, explicitem els serveis que el treballador social sanitari pot oferir i els elements específics que cal tenir en compte en alguns dels problemes de salut més prevalents en la pràctica clínica pediàtrica. Aquestes situacions habitualment es detecten des de l'atenció especialitzada, encara que hem d'implicar l'atenció primària en el pla de treball posterior o simultani.

3.2. Nounat amb dificultats greus de salut

L'ingrés d'un nounat en una unitat de neonatologia comporta una separació precoç dels pares i sovint una experiència dolorosa i estressant per als membres de la família. El naixement d'un fill amb problemes de salut també pot implicar dificultats a nivell psicosocial, i alguns poden presentar al llarg del seu desenvolupament seqüeles importants des del punt de vista físic, psíquic i sensorial. Segons M. Freixa (1993):

“Resulta un estrés paranormativo: es no habitual, es decir, no ocurre en la mayoría de las familias, inesperado y a largo plazo. Este estrés, además, es crónico puesto que los periodos de conflicto se pueden alargar. Así, la **adaptación a la deficiencia** no tiene un límite de tiempo después del período que sigue al diagnóstico. Se trata de una adaptación cíclica”.

M. Freixa, 1993.

A. Ituarte (2012) afegeix que

“los padres se encuentran en una lucha sobre el deseo y la necesidad de *saber y no saber* que su hijo es diferente”.

Davant el naixement d'un nadó amb greus dificultats de salut (gran prematur, amb anomalies congènites, malformacions, etc.), els pares s'enfronten a un doble drama: d'una banda, hi ha una **pèrdua d'expectatives** en relació amb el fill que esperaven i, de l'altra, l'aparició d'un nen que provoca **por i angoixa**.

“Después de nueve meses, casi todos los progenitores tienen la sensación de estar completos y listos. Cuando este lapso se ve reducido, como en el caso de un parto prematuro, los progenitores se sienten desprevenidos e incompletos. Cuando existen complicaciones físicas, éstas ponen en peligro la adaptación psicológica”.

Berry Brazelton i Cramer, 1993.

Batlle i altres (1988) assenyalen el següent:

“La angustia y el sufrimiento de los padres ante su bebé enfermo son intensos y superiores a los que habitualmente se cree. La evolución satisfactoria de un recién nacido desde el punto de vista estrictamente clínico puede resultar un fracaso a largo plazo si no se acompaña de una favorable acogida familiar”.

I, per últim, M. Gavaldà (2014):

“Per al seu creixement el nadó depèn i necessita d'unes figures parentals (uns cuidadors) que donin resposta de la millor manera possible a les seves necessitats: biològiques, emocionals, socials i que puguin ocupar-se de la seva cura i protecció. La qualitat d'aquestes relacions (la importància de crear un vincle íntim) així com la qualitat de l'entorn social més pròxim afectarà el seu desenvolupament personal i social.”

El **treball interdisciplinari** durant l'estada del lactant en la unitat neonatal serà clau per a ajudar els pares a entendre quina és la dificultat del fill, quines necessitats presenta, treballar la criança davant l'adversitat i, sobretot, manejar la incertesa en relació amb el futur mitjançant la confiança en l'equip assistencial que se n'ocupa. El treballador social sanitari ha d'estar permanentment en contacte amb la resta de l'equip per a poder acompanyar els pares en aquesta dura situació, manejant una intervenció en crisi especialment quan els comuniquen les dificultats.

3.2.1. Intervenció

Depenem de l'equip mèdic i d'infermeria perquè aquestes situacions ens arribin, la qual cosa reforça, de nou, la idea del **treball consensuat entre els diferents professionals** de l'equip. És possible que el motiu de derivació (promogut pels pares mateixos) pugui ser una necessitat urgent com una

informació sobre la baixa maternal o la necessitat d'un allotjament a prop de l'hospital per a facilitar la lactància. És important que no ens limitem a oferir el recurs, sinó que donem als pares l'oportunitat de poder expressar el que senten i puguem oferir un **espai terapèutic** durant l'estada en la unitat neonatal per a poder treballar l'impacte i les dificultats afegides.

Responsabilitats del treballador social sanitari:

1) Acollir i elaborar el diagnòstic social sanitari.

"El procés d'intervenció social implica, com a primer pas, l'aproximació i el coneixement dels aspectes sociofamiliars i de salut rellevants del nadó i de la seva família, que ens permet formular hipòtesis a partir de les quals establir un pla de treball i tractament adequat. La tècnica emprada és l'entrevista en diferents modalitats: acollida, suport, assessorament, informació, orientació, d'estudi sociofamiliar. Aproximar-se a la realitat sociofamiliar implica disponibilitat, actitud d'escolta i respecte per tal de comprendre la situació i saber de quina manera podem ajudar. Conèixer vol dir mostrar interès en la realitat de cada família: què pensen, què els preocupa, com s'organitzen, experiències crítiques anteriors importants, amb quins recursos personals, familiars i socials compten, quines expectatives tenen... El pla de treball s'ha d'ajustar a cada família i situació concreta. Cada família fa el seu propi procés i compta amb recursos i experiències diferents."

M. Gavaldà, 2014.

2) Pal·liar i acompanyar l'impacte del diagnòstic clínic.

3) **Motivar la comunicació** entre els progenitors i amb la resta de membres de la família en el moment en què ho considerin oportú i se sentin preparats.

"El sistema extrafamiliar (hermanos, abuelos, amigos) también debe superar el impacto que les produce la disminución de este niño".

Freixa, 1993.

4) La **informació** té un paper important en tot aquest procés. L'enfocament és diferent si hi havia un diagnòstic prenatal negatiu i, per tant, els pares eren coneixedors de les dificultats. El treballador social sanitari pot aclarir la informació rebuda del metge i contrastar-la, amb la finalitat de poder explorar què és el que els pares han entès o quines són les preocupacions reals que tenen. L'acompanyament als pares serà bàsic, mantenint una presència discreta però constant, ja que de vegades no s'atreveixen a verbalitzar les angoixes i dubtes al metge i el treballador social sanitari les pot canalitzar al professional més adequat.

5) Tractar els **factors de risc**, en el cas de ser detectats.

6) **Planificar l'alta** i el seguiment. L'equip ha d'estar segur que els pares estan físicament i psicològicament preparats per a emportar-se el nadó a casa i que el podran atendre adequadament. Cal sensibilitzar els pares perquè puguin mantenir una vida tan normalitzada com sigui possible, i vincular-los als serveis de territori que puguin continuar el procés assistencial (treballador social sanitari d'atenció primària de salut, serveis d'atenció primerenca, etc.).

En casos determinats (especialment en les situacions en què s'ha detectat un risc, pot ser oportú pactar una visita domiciliària, acompanyats per un altre membre de l'equip (un infermer o infermera, per exemple).

7) Preparar i acompanyar la mort del lactant.

3.3. Dany cerebral adquirit

Vegeu també

Informació ampliada en el punt 3.4.

Segons la Federació Espanyola de Dany Cerebral Adquirit (FEDACE):

“Se entiende el daño cerebral adquirido como la **lesión producida de forma súbita** en las estructuras cerebrales que origina diversas secuelas de carácter físico, psíquico o sensorial”.

Una altra definició que aporten:

“Lesiones cerebrales que irrumpen de manera brusca e inesperada en la vida de la persona provocando, en la mayoría de los casos, secuelas muy variadas y complejas que afectan profundamente a la autonomía del paciente y que durarán el resto de su vida”.

L'acompanyament és dut a terme, inicialment, en l'entorn de l'atenció especialitzada. Les etiologies principals són els accidents cerebrovasculars i els traumatismes cranioencefàlics.

Segons també la Federació Espanyola del Dany Cerebral (FEDACE), les seqüeles més freqüents són:

- Problemes en la cognició i la comunicació
- Problemes de control motor
- Problemes en les emocions i la personalitat
- Problemes en el nivell d'alerta i en les activitats bàsiques de la vida diària
- Problemes en la recepció d'informació

Què hem de tenir en compte davant aquesta situació? Ens trobem davant una **nova realitat per a la família** (que possiblement atndrem inicialment des de la unitat de cures intensives), que ha canviat de manera brusca (després d'un accident de trànsit, una caiguda greu de la bicicleta, un ofegament en una piscina, una malformació arteriovenosa –en alguns casos, amb el risc de nova hemorràgia–, seqüeles d'una meningitis, etc.). Les capacitats de l'infant o adolescent abans d'entrar a l'hospital s'assemblen poc a les que tindrà en el futur, fins i tot després del procés rehabilitador. Els menors poden presentar seqüeles greus en diferents àrees, que els afectaran en algunes AVD, la capacitat d'aprenentatge i en les emocions i conducta. En alguns casos, poden presentar una discapacitat greu i una alta dependència.

Els cuidadors dels pacients que pateixen aquesta situació presenten una alta incidència d'alteracions emocionals com depressió, ansietat i símptomes somàtics.

“Las crisis ligadas a acontecimientos imprevisibles son desencadenadas por factores que significan una amenaza para la integridad física y mental del individuo o de la familia”.

Du Ranquet, 1996.

El dany cerebral adquirit es presenta sempre de manera dramàtica, brusca i inesperada, i demana una resposta i actuació per a la qual les famílies no estan preparades. El començament de l'atenció sanitària, en la fase aguda, normalment requereix un ingrés hospitalari perllongat, que és immediat i urgent. És l'inici d'una intervenció complexa i extensa en el temps, que travessa per diferents etapes en funció del tipus de lesió, seqüeles sobrevingudes i la possible evolució. Aquest procés assistencial, intrahospitalari, i després extrahospitalari, en el qual intervindran professionals de diferents disciplines, representa un esforç addicional per a les famílies, farcit d'una multitud de consultes, indicacions i gestions que, de vegades, poden augmentar la confusió, l'angoixa, l'esgotament físic i emocional i la desorganització familiar (FEDACE, 2012).

Conseqüències físiques i físiques per al menor:

- Alteracions motores: espasticitat, falta de control motor, paràlisi, etc.
- Alteracions sensorials: visió, gust, olfacte, sensibilitat i dolor
- Alteracions en la comunicació
- Alteracions en la deglució
- Alteracions neuropsicològiques i neuropsiquiàtriques: atenció, memòria-aprenentatge, dèficit cognitiu, trastorns de conducta, etc.
- Falta de consciència del dèficit propi, la qual cosa pot portar a una falta de col·laboració en el tractament rehabilitador.
- Trastorns afectius: depressió, apatia, etc.

Totes aquestes seqüeles possibles en fase subaguda i crònica impedeixen al nen tornar a la vida anterior, per la qual cosa ens trobem davant una “reconstrucció” de la vida de l'infant, en possibles nous entorns, noves pautes de relació, noves (dis)capacitats, etc., amb tot el dolor i les dificultats que això implica per al nen o adolescent mateix i per als pares i germans.

3.3.1. Intervenció

La intervenció del treballador social sanitari serà clau durant tot el procés (extens en el temps) amb el pacient i amb la família:

- En la fase aguda (d'hospitalització), donar suport a les noves **necessitats organitzatives** (ja descrites en l'inici del punt 4) i familiars.
- **Acompanyament emocional familiar** per a ajudar a contenir la incertesa de les possibles seqüeles i la pèrdua (dol) del fill “anterior”.

- **Coordinació** molt estreta amb l'equip multidisciplinari (integrat per neurocirurgià, metge rehabilitador, fisioterapeuta, neuropsicòleg, psiquiatre, terapeuta ocupacional i logopeda) amb la finalitat de ser eficaços a l'hora d'ajustar les expectatives dels pares, ajudar-los a encaixar en una nova realitat i oferir-los les orientacions més adequades en relació amb les necessitats i capacitats del fill.
- **Garantir l'alta** social (conciliació de la vida laboral, cures, adaptacions a la llar, etc.).
- En la fase crònica, en cas de ser necessari, acompanyar la família a fer el pas d'un entorn ordinari a un entorn especial (escolaritat).
- **Reforçar les orientacions dels altres especialistes** en relació amb la contenció i abordatge dels trastorns en conducta en l'àmbit intrafamiliar i prevenir les situacions de crisi i violència.
- **Orientar i assessorar** sobre els possibles recursos (discapacitat, dependència, escoles d'educació especial o programes adaptats, temps lliure, etc.) que puguin ser necessaris i anar-los introduint en el moment adequat. Serà important prevenir l'aïllament del pacient.
- Quan, finalitzada la fase subaguda, el pacient continua vinculat a l'hospital de manera puntual, articular la garantia de suport en l'atenció primària de salut o d'altres serveis vinculats al pacient i família (entorn escolar, serveis socials).

3.4. Cures pal·liatives pediàtriques: final de la vida

En el final de la vida i, en relació amb l'atenció que les cures pal·liatives poden oferir, l'aportació de la disciplina del treball social sanitari forma part de l'essència mateixa de la filosofia d'aquestes cures. Això està determinat, entre altres criteris, pel fet que no podem pensar a atendre un pacient que està vivint el final de la vida sense emmarcar-ho en el **context més íntim**, la **història familiar**, l'**entorn més immediat**, la **cultura** a la qual pertany i, en definitiva, la societat de la qual procedeix.

Les unitats de cures pal·liatives o les recentment també anomenades unitats d'atenció a pacients amb malalties limitants per a la vida (habitualment integrades per professionals de la medicina, infermeria, psicologia i treball social sanitari) al nostre país han estat dissenyades i pensades per a atendre pacients terminals joves i adults. L'especificitat que comporta la infància i adolescència ens obliga a tenir en compte les diferents etapes del desenvolupament del cicle vital. Els objectius bàsics d'una unitat de cures pal·liatives són:

- El control de símptomes
- El tractament psicosocial (considerant la situació com un procés)
- Atenció al dol posterior (realització d'entrevistes posteriors a la mort o possibilitat de grup socioterapèutic)

Com que la intensitat de l'impacte emocional es troba condicionada per la presència explícita o implícita de la mort, és fonamental per a l'equip assistencial conèixer el significat d'aquest concepte per al pacient pediàtric, ja que és notablement diferent del de l'adult.

El concepte de **mort**, tal com el planteja Schonfeld (1989), inclou paràmetres del següent:

- Irreversibilitat: final irrevocable i permanent
- Finitud: cessament de les funcions vitals
- Universalitat: concerneix a totes les persones com a fenomen natural inevitable
- Causalitat: coneixement real de l'etiologia de la mort

Aquests paràmetres es van incorporant a la conceptualització de l'infant per mitjà del **seu desenvolupament evolutiu** (Kroen, 2001):

- Els nadons de 0 a 10 mesos: els nadons viuen en el present i poden percebre la mort materna com una absència. La mort de la mare és un fet sobtat i el vincle es trenca. Els nadons es poden sentir inquiets en intuir la pèrdua materna i descobrir nous rostres i veus al voltant seu.
- Els nadons de 10 mesos fins als infants de 2 anys: no estan preparats per a conceptualitzar o comprendre la mort. Experimenten la pèrdua de la mare com una greu pèrdua, però és possible que la mort d'un altre membre proper de la família no els afecti tan profundament.
- Els infants de 2 a 5 anys: perceben la mort com un estat temporal. La poden equiparar a una manera de dormir. En la seva ment, la persona que ha mort continua menjant, respirant i existint, i es despertarà en algun moment per tornar a portar una vida completa.
- Els infants de 6 a 9 anys: no veuen la mort com a temporal i en capten el caràcter definitiu. A simple vista, aquest nivell de comprensió sembla sa i profitós. No obstant això, encara que l'entenguin, no significa que la puguin afrontar. Poden experimentar tristesa, còlera, nostàlgia, por i confusió. Adquireixen la idea que la mort pot afectar altres persones i a si mateixos.
- Els preadolescents de 10 a 12 anys: saben que la mort és permanent. Poden captar el significat dels rituals, comprendre com va ocórrer la defunció i

entendre l'impacte de la pèrdua. Pensen sobre la seva pròpia mort, però sovint bloquegen o sublimen aquests sentiments per evitar afrontar-los.

- Els adolescents: la mort representa el més oposat a tot allò que és important per a ells en aquest punt de les seves vides. El trauma de la mort aliena tendeix a augmentar l'agitació emocional que experimenten. Lluiten amb el fet de ser conscients de la seva pròpia mortalitat.

És imprescindible que l'equip faci **exploració** en profunditat sobre què implica per a cada pacient en concret la idea de mort, en relació amb l'edat i les circumstàncies vitals. D'aquesta manera, especialment en els pacients d'etapa preadolescent i adolescent, podrem entendre, treballar i respectar els sentiments, les emocions i les actituds (incomunicació, solitud, còlera, escollir amb qui volen compartir la seva situació, por, no voler dolor, etc.) que van apareixent i ajudar les famílies a enfocar aquesta situació tan difícil de la manera més adequada.

3.4.1. Intervenció

Posteriorment a l'anàlisi multifactorial de cada cas, els objectius de la intervenció social es basaran en el **suport** entès de la manera següent:

"L'intent per ajudar els clients perquè se sentin millor, més forts o més confortables".

Nelson, 1980.

Habitualment, assumirem l'atenció directa de la família i indirecta del pacient, encara que no necessàriament ha de ser així, depenent del **vincl**e que establim amb cadascun dels membres i sota uns clars consensos d'equip. Un altre aspecte que hem de cuidar respon a quin moment entra a treballar l'equip de pal·liatius pediàtrics (això implica una altra pèrdua per al pacient i la família, ja que el metge que els ha atès durant tota la malaltia desapareix, i entren professionals nous, amb els quals no hi ha vincle, a acompanyar un moment tan difícil). És bàsic gestionar una bona **transició** i valorar de quina manera els membres de l'equip anterior poden seguir vinculats al pacient, de manera que evitem la vivència d'abandó. La família (i el pacient mateix) han de poder entendre que el nou equip és l'especialista i el més adequat per a atendre'ls en aquest moment.

Barbara L. Jones (2005) ens parla del paper del treball social (podem pensar en termes de treball social sanitari) de la manera següent:

"**Assessor, company i guia**. El paper de l'assessorament és el que facilita el moviment (de la família) i s'anticipa a la pèrdua".

D'altra banda:

“El paper de suport inclou un paper menys tradicional en el treball social, com servir de guia, essent testimoni del patiment i facilitant suport espiritual. És important la seva «presència» com a habilitat per a «estar amb» les famílies i els infants”.

Això no deixa de ser un aprenentatge per al treballador social sanitari mateix, més acostumat a “fer”, i passa simplement a “estar”, perquè ens pot donar la sensació que no fem res. Estar presents i a la disposició de la família també són maneres d’acompanyar.

Les responsabilitats del treballador social sanitari són, entre d’altres:

- Promoure l’**adaptació emocional individual i de la família** a la situació.
- **Capacitar** per a la cura del malalt i per a la cura de la família mateixa.
- Promoure la **comunicació** entre pares i nen.
- Ajudar a l’**exteriorització de sentiments**.
- Promoure la **participació** de la família en les decisions terapèutiques (amb la resta de l’equip assistencial).
- Detectar les necessitats en relació amb els altres germans.
- Preparar per a la **pèrdua**.
- Oferir als pares un espai d’**acompanyament psicosocial**.
- Intentar prevenir, disminuir o pal·liar els efectes psicosocials que es deriven de les hospitalitzacions, tractaments i de la malaltia mateixa.
- Detectar i tractar les situacions de risc.
- Anticipar-nos a la família, sempre respectant el seu ritme, en els fets que passaran i que, segons es resolguin, podran afavorir una bona elaboració del dol posterior.
- Introduir ajudes pràctiques i mobilitzar els **recursos** de la comunitat que siguin necessaris a cada moment: ajudes econòmiques, tècniques, suports, etc. Informar de les qüestions pràctiques *post mortem*.
- Valorar les condicions del domicili del pacient (si reuneix els requisits mínims per atendre el pacient a la seva pròpia llar). En contextos de cronicitat o de final de vida, és especialment adequada l’atenció domiciliària, per acompanyar la família en el seu propi hàbitat i evitar desplaçaments als hospitals als pacients que es troben en situacions d’alta fragilitat clínica i emocional.

L'atenció en final de vida és especialment vulnerable per la generació de dilemes ètics en els professionals (com, per exemple, en situacions en què l'equip opta per una limitació de l'esforç terapèutic). És necessària la participació del treballador social sanitari en els Comitès d'Ètica Assistencial per aportar la visió i les necessitats concretes de la família i garantir-ne un abordatge adequat en cas de conflicte. Com a missatge clau, l'equip ha de permetre que la família (o el pacient) pugui participar i prendre les seves pròpies decisions amb autonomia, però això no significa que la deixem sola, sinó que cal acompanyar-la en aquesta presa de decisions.

4. Treball social sanitari en situacions de risc i maltractament infantil

4.1. Consideracions prèvies

La prevenció, la detecció i el tractament de les situacions de risc i especialment del maltractament infantil constitueix un dels camps de treball dins de l'entorn sanitari que més esforç implica a tots els professionals assistencials però en el qual el treballador social sanitari assumeix un paper més rellevant. L'objectiu final de tots els professionals que treballen en relació amb el maltractament és assegurar la **protecció i el benestar del menor**.

En l'atenció especialitzada, si un menor ingressa encara que sigui per un problema de salut menor, tenim l'oportunitat de poder observar la dinàmica familiar, les relacions entre els membres i les reaccions durant les vint-i-quatre hores del dia i detectar possibles situacions de risc que poden iniciar un pla de treball social sanitari a l'hospital, al qual haurem de donar continuïtat des dels serveis de la comunitat (serveis socials d'atenció primària, atenció primària de salut, etc.).

Encara que aprofundirem més en violència domèstica en l'assignatura següent, és necessari, per a contextualitzar la intervenció, definir els diferents tipus de maltractament segons el principal aspecte en què afecten l'infant. Aquests són (Pou, 2010):

- **Maltractament físic:** acció no accidental que li provoca dany físic o malaltia.
- **Maltractament per negligència o abandó:** les necessitats bàsiques de l'infant no estan ateses permanentment o temporalment per cap dels membres amb els quals conviu.
- **Maltractament psicològic o emocional:** situació crònica en la qual els adults li provoquen sentiments negatius envers la seva pròpia autoestima i li limiten les iniciatives pròpies. Hem d'incloure també l'exposició a la violència de gènere.
- **Maltractament sexual:** l'adult utilitza l'infant per a satisfer els desitjos sexuals.
- **Maltractament prenatal:** la gestant no va amb compte, de manera conscient i inconscient, de les atencions que requereix el seu estat.

- **Síndrome de Münchausen per poders:** els pares o cuidadors inventen símptomes falsos o provoquen malalties a un nen per generar atenció mèdica continuada.
- **Exposició a violència de gènere:** menors que han estat testimonis de violència de gènere en l'àmbit familiar.

Tractar el risc i el maltractament infantil resulta incòmode, implica generar situacions de tensió amb la família i els professionals sanitaris no familiaritzats amb el tema poden tenir la temptació de “passar de puntetes”. Hi ha una sèrie de falses creences i mites que envolten els maltractaments infantils (Junta d'Andalusia, 2007):

- El maltractament infantil és infreqüent.
- La violència i l'amor no coexisteixen en la mateixa família.
- El maltractament només es produeix quan hi ha malalties mentals, desordres psicològics o sota els efectes de substàncies.
- La noció de la transmissió generacional del maltractament.
- El maltractament és fonamentalment físic.
- El maltractament no existeix en les classes socials altes.
- Els temes psicosocials no són d'autèntica medicina.
- Tota intervenció ha de tenir la certesa total de maltractament.

A més, podríem afegir arguments com la no-obligatorietat d'entrar en temes íntims de l'àmbit familiar, les conseqüències incòmodes per a l'equip i pràctiques professionals centrades en la lesió, sense voler percebre que aquesta pot ser el resultat de conductes violentes. Sovint, també es dona per descomptat que la intervenció del treballador social sanitari implicarà una separació del menor dels pares i es tendeixen a evitar a aquestes situacions.

Per aquest motiu, els treballadors socials sanitaris hem de ser **proactius en la prevenció i detecció** de les situacions de risc i de maltractament i serà necessari fer, dins de les institucions i fora on treballem, diferents activitats que ajudin a perdre-li la por i a aclarir els protocols i procediments en cas de detectar-lo.

Cal destacar que en les situacions de sospita de maltractament, tant si la detecció és en l'atenció primària com en l'especialitzada, els treballadors socials sanitaris assumim el paper de **gestor de casos**, per la nostra aportació en el diagnòstic, pels nostres coneixements específics per a calibrar el grau de risc i a l'hora de gestionar el pla de treball/proposta.

4.2. Prevenció

A continuació, exposarem algunes de les estratègies preventives que es poden dur a terme des de l'atenció primària i l'especialitzada:

- **Prevenció primària:** participació en taules territorials o iniciatives de treball en xarxa on els diferents àmbits que poden prevenir, detectar i tractar el maltractament puguin consensuar un protocol d'actuació, on cada agent tingui clara la funció i l'actuació (sanitat, educació, centres de tractament, serveis socials, serveis específics de protecció a la infància, entitat/administració protectora i forces de seguretat).
- **Prevenció secundària:** realització de sessions clíniques amb els equips assistencials que ajudin a detectar els factors de risc, el maltractament i aclareixin els procediments que s'han de seguir. Consensuar amb els equips els factors de risc que poden suggerir dificultats posteriors i protocol·litzar la intervenció del treballador social sanitari.
- **Prevenció terciària:** intervenció dirigida a grups familiars que presenten factors de risc greus (mitjançant intervenció sociosanitària freqüent, atenció a domicili, participació en grups de criança).

4.3. Detecció

La **detecció** del risc i del maltractament es pot produir en tots els àmbits als quals l'infant estigui vinculat i ho pot fer qualsevol professional. Concretament en l'àmbit sanitari, les possibilitats de detecció són molt altes, ja que és un àmbit al qual el menor estarà vinculat en diferents moments de la vida i en contacte amb diferents professionals:

- **Pediatres i especialistes:** tenen múltiples oportunitats per a avaluar el creixement i desenvolupament en els primers anys de vida (en cada consulta del seguiment del centre d'atenció primària, en les consultes d'urgències, durant les hospitalitzacions, realitzacions de proves, etc.).
- **Ginecòlegs i obstetres:** durant les consultes de seguiment de l'embaràs, durant l'hospitalització postpart, en el control puerperal.
- **Psiquiatres:** seguiment i controls ambulatoris, urgències, durant les hospitalitzacions o estades en hospital de dia.
- **Infermeria –llevadores, diplomades i auxiliars–:** en urgències, en cures, extraccions, cures durant l'hospitalització, control de l'embaràs, atenció al part, atenció a la gestant durant la lactància, etc.
- **Treballador social sanitari:** en la consulta, en urgències, durant l'hospitalització, encara que el motiu de consulta no estigui relacionat amb el tema que ens ocupa.

Els **factores de risc** es defineixen com a

“determinadas condiciones biológicas, psicológicas o sociales, medibles mediante variables directas o indicadores (sociales o psicosociales) que, de acuerdo con conocimientos científicos, se ha demostrado que participan en la emergencia de diferentes enfermedades, problemáticas o necesidades sociales”.

Casas, 1989.

i que augmenten la possibilitat de desenvolupar desajustaments biopsicosocials. Cal destacar que els factors de risc no són, en si mateixos, la causa del maltractament, ja que respon a una multiplicitat de factors personals, familiars i socials.

Els factors de risc, en relació amb els pares, són susceptibles de ser consensuats amb els equips assistencials. Cal destacar la influència que l'existència o no de **suport familiar** té en aquests. Què entenem per aquest concepte? Mathilde du Ranquet (1996) refereix que el suport social permet

“beneficiarse de ayuda recíproca en momentos de vulnerabilidad. Se trata de personas del entorno que son accesibles, de las que se puede uno fiar, no tanto para resolver un problema cuanto para encontrarse con una imagen de sí valorizante y que aporte seguridad afectiva”.

- Mare sola sense suport familiar
- Pares amb discapacitat intel·lectual o amb poques capacitats físiques, intel·lectuals i emocionals
- Pares amb malaltia mental
- Pares adolescents o joves sense suport familiar
- Pares consumidors de drogues o alcohol
- Pares amb història de conducta delictiva o violenta
- Pares amb acumulació de dificultats (econòmiques, habitatge, feina)
- Pares separats en conflicte permanent que fomenten una instrumentalització dels fills pels seus propis interessos.
- Gestant/partera amb les situacions descrites anteriorment

La intervenció en el maltractament s'inicia des de la detecció. El fet de tenir consensuada la derivació d'aquests factors de risc al treballador social sanitari de forma sistemàtica ofereix la possibilitat de poder prevenir el maltractament i haver d'actuar posteriorment en cas d'urgència. Actuar per protocol pot facilitar la derivació als professionals que l'han detectat, ja que pot fer referència al fet que es tracta d'un acord d'hospital, no d'una opció personal.

Els **factors de protecció** són els elements, circumstàncies o variables que apaivaguen, compensen i disminueixen els efectes dels factors de risc de maltractament i poden arribar a protegir amb garanties el menor. Podem assenyalar alguns factors de protecció, en relació amb els pares:

- Relacions afectives de suport mutu en la parella
- Seguretat i estabilitat laboral, econòmica, habitatge
- Salut familiar

- Bona actitud per a demanar i acceptar l'ajuda externa
- Suport familiar o de la xarxa social i professional

Els **indicadors de maltractament** corresponen a les dades o fets quantificables obtinguts en l'anamnesi mèdica, exploracions complementàries, exploració social que assenyalen el diagnòstic de maltractament. Els indicadors fan pensar que el fet del maltractament s'ha produït i que els factors de risc no es van poder compensar. Majoritàriament els aportaran el personal mèdic o d'infermeria, amb el suport dels observats i explorats pel treballador social sanitari.

Alguns exemples d'indicadors:

- Maltractament físic: fractures d'ossos llargs amb mecanisme inexplicable; hematoma subdural, hemorràgia retinal (*shaking baby*) sense un relat compatible.
- Negligència: falta d'higiene, retard pondoestatural, no-seguiment dels controls pediàtrics.
- Emocional: excessiva ansietat o rebuig en les relacions psicoafectives juntament amb un cuidador que desatén, culpa o menysprea l'infant.
- Sexual: contusions o sagnat en els genitals externs, zona vaginal o anal, una actitud sexualitzada no adequada per a l'edat del menor.
- Prenatal: consum de tòxics de la gestant, gestant que pateix violència de gènere.
- Testimoni de violència de gènere: relat dels menors.

4.4. Intervenció

Aquesta atenció es pot desenvolupar tant en el context de l'atenció primària com de l'especialitzada, encara que si es tracta d'una situació de greu risc social i biològic (en què el menor necessita més proves diagnòstiques –fons d'ull, sèrie esquelètica– o més atenció clínica, caldrà derivar el pacient a l'hospital de referència).

Per iniciar la intervenció en aquestes situacions, serà essencial que el professional que ens ha derivat la situació, dins de la mesura del possible, mostri la màxima **transparència** amb la família en relació amb el motiu d'activació de consulta amb el treballador social sanitari. Possiblement, serà impossible disminuir l'ansietat dels pares davant l'exploració social, però tindran clar l'objectiu i impedirem que se sentin enganyats i manipulats.

Depenent del perfil de les persones que hem d'entrevistar, convé valorar si cal fer l'entrevista tot sols o compartir-la amb algun company de l'equip (pediatre, obstetra, infermer) amb la finalitat d'evitar riscos d'agressió i complementar la informació.

Algunes orientacions que cal tenir en compte en l'entrevista diagnòstica i el procediment posterior de sospita de maltractament:

- L'entrevista d'exploració la podem fer tot sols amb cadascuna de les persones que estan a càrrec del menor (siguin o no els pares biològics), de manera que puguem **contrastar el relat** dels fets que ens fan pensar que s'està produint un maltractament. Posteriorment, es pot fer una entrevista conjunta amb la finalitat de transmetre'ls la mateixa informació i observar la dinàmica entre ells (l'observació de la **comunicació no verbal** ens pot ajudar).

"Els sentiments i les emocions s'expressen molt sovint per mitjà de la comunicació no verbal".

Adroer, 1984.

En la mesura del possible, hem de fomentar un sentiment de confiança, obrint vies per a fomentar la comunicació (*Què fa quan el comportament del fill els desborda? Qui l'ajuda a cuidar-lo?*).

- En relació amb la suposada víctima (nen o adolescent) és oportú **explorar-ne la vivència de la situació**, encara que és evitable si altres professionals de l'equip assistencial o d'algun servei extern a l'hospital ja l'han explorat, amb la finalitat d'evitar la revictimització.
- Igual que el professional derivador, és recomanable verbalitzar amb la família l'objectiu de l'exploració social (*Segons el que hem pogut observar, ens preocupa..., Entenem que aquesta situació és incòmoda per a vostès, però tenim el deure d'explorar aquesta situació i poder-la aclarir...*).
- És més important escoltar que parlar.
- Els **valors personals** no han d'interferir en la manera de preguntar, comunicar-se i relacionar-se, i cal evitar comentaris o actituds que coartin. Evitar l'estil interrogatiu o que porti a la confrontació.

"L'entrevistador ha d'intentar que no s'endevinin les seves opinions ètiques o morals. A més, si manifesta massa els seus sentiments talla al pacient la possibilitat d'expressar-se lliurement".

Adroer, 1984.

- S'haurà d'elaborar, en la mesura del possible, un **registre** textual i minucios de les explicacions de la víctima i dels cuidadors.

- No cal derivar de manera precipitada i, en el cas de no poder arribar a una conclusió amb prou grau de certesa, d'acord amb l'equip assistencial, es pot promoure un ingrés hospitalari com a mesura de protecció i permetre's un temps per a valorar (en el context de l'atenció especialitzada).
- És primordial poder identificar les figures que puguin protegir o atenuar els riscos a l'hora de poder elaborar un bon diagnòstic.
- La **presa de decisions ha de ser conjunta** i cada professional implicat ha d'assumir el seu nivell de responsabilitat en cada fase del procediment o protocol.
- Per a poder obtenir una informació més àmplia que la que podem observar en aquest moment concret, cal contactar amb els serveis comunitaris que estan vinculats amb l'infant i amb la família. Serà necessari poder informar la família o que ells mateixos puguin oferir la informació de contacte.
- En el cas de valorar que es tracta d'una situació d'alt risc o maltractament fonamentat (desemparament) i es valori oportú derivar la situació a l'entitat protectora pertinent, la família n'ha d'estar informada, encara que és important aclarir-los que aquesta decisió no implica necessàriament la separació del fill.
- En l'elaboració de l'**informe social sanitari** serà important reflectir el resultat de l'estudi sociofamiliar (història i situació sociofamiliar, situació sociosanitària, el relat del fet –dels cuidadors, del menor– que ha provocat l'exploració, els factors i indicadors de risc observat i el diagnòstic).
- Si l'entitat protectora resol una retenció hospitalària (assumpció temporal de la tutela de l'Administració) podem aprofitar aquest temps per a treballar amb la família les dificultats i preparar-los per a la decisió que pugui prendre l'Administració (amb la qual hem d'estar permanentment en contacte).
- Una retenció hospitalària implica un **impacte** important per al treballador social sanitari però també per al personal assistencial de l'hospital (pares agressius; en alguns casos, no permetre visites; empatitzar de manera no adequada amb els pares o amb l'infant, etc.), la qual cosa ens porta a haver de tenir més cura de la intervenció i fer conscient l'Administració d'aquest impacte perquè la resolució no es demori més del compte en el cas que el pacient no requereixi, per motius de salut física, estar hospitalitzat.
- **S'han d'oferir respostes diferenciades a situacions diferents.** Depenent del grau de risc de la situació detectada, en cada comunitat autònoma hi ha protocols d'actuació (d'acord amb els recursos i equips que tinguin) que implicaran un pla de treball. A continuació, afegim enllaços de diferents circuits d'actuació territorials en situacions de maltractament

Lectura recomanada

La treballadora social Cristina Rodríguez Blanco, de l'Hospital Teresa Herrera de la Corunya, reflecteix perfectament el que desencadenen aquestes situacions: Comunicació C. R. B. (comunicació en la I Jornada Estatal d'Intervenció Social en Salut Maternoinfantojuvenil, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, 2012).

(on s'especifiquen indicadors, instruments d'avaluació i procediments d'actuació): Menors Andalusia, Menors Catalunya, Menors Madrid.

- Malgrat és imprescindible el seguiment de circuits específics, és clau fomentar una **reflexió conjunta en equip**, amb un alt grau de compromís de tots els membres, sobre tots els passos que cal donar de cada cas concret. Cal ser molt conscients que **les nostres decisions poden afectar de manera molt intensa els infants** i les seves famílies, sobretot en els casos en què la mesura sigui una retirada de tutela. Això significa que cal tenir molt clars els indicadors, argumentar la situació de manera excel·lent davant de l'entitat protectora i amb els serveis comunitaris per fomentar un diàleg conjunt, des de la nostra valoració professional, per promoure la resolució més encertada. Per tant, cal contemplar els factors de risc, però també donar valor als de protecció i a la capacitat de resiliència de cada nucli familiar (capacitat que avala la seva pròpia història).

“El concepte de resiliència familiar reafirma la capacitat d'autoreparació de la pròpia família. En primer lloc, relaciona el procés de la família amb els reptes que se li plantegen; avalua el funcionament familiar en el seu context social i el seu grau d'ajustament segons diverses exigències. En segon lloc, incorpora una visió evolutiva i no transversal dels reptes als quals s'enfronta la família i les seves reaccions al llarg del temps.”

J. Fernández Barrera i altres, 2012.

- Es tracta de situacions complexes que demanen, també, solucions complexes i no estandarditzades que protegeixin, de manera global, al menor.

Un cas

Mare sola amb menor d'un any consulta al centre d'atenció primària. L'infant presenta fractura d'os llarg (tèbia). S'observa una mare molt ansiosa. El pediatre i el treballador social sanitari del centre fan una primera exploració clínica i social. El mecanisme que, segons la mare, ha produït la fractura (caiguda des de la seva pròpia alçada) no és compatible amb la gravetat d'aquesta. El cas és derivat a l'hospital de referència amb una coordinació mèdica i social prèvia per a anticipar la situació i la informació recollida. A l'hospital es fan les proves complementàries i s'enguixa la fractura. El treballador social sanitari de l'hospital, juntament amb el pediatre, exploren de nou el relat de la mare. Quan la versió és la mateixa, s'explica a la mare que hem d'aprofundir en l'exploració, ja que ens trobem davant una situació que ens fa pensar en maltractament. Actitud ansiosa i agressiva de la mare que refereix que se'n vol anar. S'ingressa el menor i infermeria observa un vincle molt feble amb l'infant, no respon a les seves demandes. Es contacta amb els serveis socials, que informen que coneixen la mare i que hi ha sospita de consum de tòxics. De nou, el treballador social sanitari tot sol manté una nova entrevista amb la mare. Explorem la història personal i familiar: procedent de la República Txeca, itinerant, no manté contacte amb el pare de l'infant (relació esporàdica), refereix que treballa de cambrera, encara que no vol concretar on treballa. Està de nou ansiosa per anar-se'n de l'hospital, vol que algú s'ocupi de l'infant i anar-se'n. Treballem amb ella que ha de ser difícil cuidar d'un fill sola. Admet que havia delegat la cura de l'infant en altres persones i no sap com es va produir la fractura. Treballem amb la mare (durant diferents moments en un dia d'ingrés) la seva dificultat, en aquest moment, per a cuidar del fill. Li informem que n'hem d'emetre un informe a l'entitat protectora, fet que accepta si aquesta nit se'n pot anar i algú fa l'acompanyament a l'hospital. En l'informe (mèdic i social), reflectim: “Factors de risc: mare sola sense suport familiar. Sospita de consum de tòxics. Indicadors: fractura de tibia. Actitud ansiosa de la mare.

Vincle feble amb l'infant. Delegació de la cura de l'infant en altres persones (sense recordar qui). Consulta per la fractura un dia després de l'accident".

5. Treball social sanitari en l'etapa prenatal

5.1. Consideracions prèvies

“L'embaràs és un període de contacte de la mare, de la família, amb el sistema sanitari que permet **detectar precoçment factors o situacions de risc** i facilitar informació sobre la fragilitat i les característiques maduratives de l'infant, avantatges de la lactància materna, recursos sanitaris i socials [...]”.

Conselleria de Serveis Socials, 1999.

Tenir un fill representa iniciar una nova etapa de la vida. Comporta canvis importants en la parella, adaptació a un nou paper i inici d'unes funcions diferents de les exercides fins al moment. Les condicions sociofamiliars i sanitàries que envolten la gestació en la dona poden afavorir o dificultar el desenvolupament de l'embaràs i també la situació del futur nounat. És llavors quan parlem de **gestant en risc**.

L'embaràs pot comportar una sèrie de **canvis físics i emocionals**. Es tracta d'una etapa molt vulnerable i l'adaptació a aquesta nova situació pot comportar dificultats per a la gestant mateixa, la parella i el futur nadó, que poden donar lloc a una crisi que no sempre es pot resoldre sense ajuda. No obstant això, també és una etapa idònia per a poder treballar amb la dona amb una finalitat i moment molt clars.

“Mientras se debate a través de un tumulto de emociones ambivalentes, la mujer embarazada estará particularmente dispuesta a recibir el apoyo de otras personas. La futura madre suele desarrollar una fuerte transferencia hacia cualquier profesional que la respalde en este período, que el profesional tendrá que identificar y aceptar sin sentirse abrumado”.

Berry Brazelton i Cramer, 1993.

Podem

“utilizar el **tiempo** (de la gestación) como factor del proceso de ayuda, poniendo el acento en el momento presente, las tareas actuales que deben ser cumplidas aquí y ahora, la naturaleza temporal de la ayuda, la previsión y la preparación del final del tratamiento”.

Du Ranquet, 1996.

D'altra banda, i ja referenciat en el punt anterior, entenem el **maltractament prenatal** com la situació en què una dona, durant el temps de gestació, no es cuida de manera conscient o inconscient de les atencions sanitàries que necessita el seu estat i pot perjudicar el fetus. El fet de no oferir al fetus les atencions necessàries constitueix una forma de maltractament que pot ser tant d'acció com d'omissió.

5.2. Prevenció i detecció

Des de l'entorn de l'atenció primària i de l'especialitzada, és important tenir definits i consensuats amb els equips una sèrie de **factors de risc i maltractament prenatal** que motivin la **detecció** dels diferents professionals sanitaris i que permeti poder entrar a treballar els elements que preocupen al més aviat possible. Des de la **prevenció**, el factor temps és important a l'hora de fer el diagnòstic precoç, ja que les possibilitats de treball amb la dona i amb l'entorn durant la gestació auguren un millor pronòstic que si es detecten en l'hospitalització postpart (48 h en part vaginal i 72 h en cesària), fet que ens limita la possibilitat de conèixer la situació i aprofundir-hi, i ens posem en risc de prendre decisions precipitades.

“Partim de la base que l'embaràs és un procés natural i, a la vegada, vulnerable del cicle vital de les famílies, que requereix de diferents adaptacions a nivell personal, familiar i social. És també una oportunitat per preparar-se per al naixement d'un fill i per al creixement. L'experiència de la maternitat pot comportar per a la dona i el seu entorn familiar una major motivació per a la seva cura, pot estar més receptiva al canvi i a la recerca d'ajuda.”

N. Pou i altres, 2015.

Per tant, requereix un esforç de consens dins els equips de l'atenció primària i de l'especialitzada i entre aquests (de manera que seria òptim començar a treballar la situació de risc durant els dos primers trimestres de l'embaràs des de la primària i després donar-li continuïtat –amb un diagnòstic previ i intervenció– des de l'hospital de referència on la dona donarà a llum).

“Detectar és un procés complex que requereix que els professionals de salut disposin de coneixement i habilitats per identificar els signes d'alerta, els indicadors de risc i maltractament que impliquen un tracte inadequat i saber contextualitzar-los a través d'una observació directa, activa i objectiva amb una actitud reflexiva, capacitat empàtica i sentit comú.”

N. Pou i altres, 2015.

Com a **factors de risc** prioritaris destaquem:

- Embaràs no desitjat o ocultat.
- Embaràs mal o no controlat, especialment si la gestant pateix alguna malaltia crònica.
- Gestant / futurs pares adolescents o immadurs sense suport familiar ni social.
- Gestant sola sense suport familiar ni social.
- Gestant amb trastorn mental o amb discapacitat intel·lectual sense suport familiar ni social.
- Gestant consumidora de substàncies (heroïna, cocaïna, cànnabis o vinculada a un programa de metadona).
- Gestant consumidora d'alcohol.
- Gestant amb malaltia infectocontagiosa (VIH, hepatitis).
- Gestant que pateix violència de gènere.

- Gestant que vol renunciar al nadó.

Com en altres àrees de treball, és important establir amb la resta de l'equip assistencial que derivin aquestes situacions a treball social sanitari per protocol clínic, ja que pot oferir més tranquil·litat a la resta dels professionals sanitaris en el moment de plantejar a la pacient la necessitat de la derivació, en tractar-se d'un acord institucional i no d'una decisió personal del professional.

Pel que fa a **factors de protecció**:

- La gestant fa demanda d'ajuda.
- Hi ha reconeixement de necessitat i problema.
- Suport familiar o de la xarxa social i professional.
- Capacitats maternes preservades.
- Cura de la seva pròpia salut.
- Capacitat per a afrontar situacions de dificultat.
- Recursos socioeconòmics suficients.
- Estabilitat i equilibri: emocional, econòmic, habitatge.

Mitjançant l'acolliment i les visites de seguiment que calguin, podrem fer el diagnòstic social sanitari, dissenyar un pla de treball social sanitari (que pot incloure la vinculació a altres serveis de territori) i fer una proposta protectora a l'Administració, en cas de tractar-se d'una situació d'alt risc.

5.3. Intervenció

La nostra intervenció en aquestes situacions anirà dirigida al següent:

- **Conèixer i tractar els aspectes sociofamiliars** de la gestant/partera. Explorar el suport familiar i avaluar-ne la necessitat.
- **Oferir suport** a la gestant/partera perquè pugui assumir el rol matern en les millors condicions possibles.
- **Potenciar i valorar les capacitats**, els recursos personals, familiars i socials.
- **Disminuir els riscos psicosocials** en el futur recent nascut, vetllar per la seva protecció i desenvolupament favorable (N. Pou i altres, 2015).
- **Orientar i derivar** als serveis específics en relació amb la dona i la primera infància (atenció primerenca, programes maternoinfantils, etc.) o derivar de nou la pacient a l'atenció primària (juntament amb informació sobre el que s'ha observat i treballat des de l'hospital) per a garantir que les cures pediàtriques del nounat són les adequades i continuar treballant els factors de risc detectats.

- En les situacions de **maltractament prenatal** constatat, serà necessària la realització d'un estudi sociofamiliar que avaluï el nivell de risc social i la capacitats dels pares per a protegir el lactant (cal seguir el model de treball de l'apartat 4).
- Quan es consideri necessari, consultar, notificar i derivar als serveis de protecció a la infància.
- En el cas que el nadó quedi retingut en la unitat neonatal a l'espera de proposta de l'entitat protectora, el treballador social sanitari ha de fer la funció d'enllaç entre aquesta i l'equip assistencial de l'hospital.

Sovint, la dona o el grup familiar de suport ja són coneguts pels serveis de protecció a la infància del territori o per l'administració competent i hi ha un encàrrec definit per a l'hospital i, en alguns casos, una proposta de protecció. Així, l'estudi sociofamiliar i el diagnòstic no l'ha de fer el treballador social sanitari de l'hospital i només es limitarà a fer la funció de nexa entre l'equip assistencial de l'hospital i els serveis de protecció aportant la informació observada des de l'hospital, per a facilitar tot el procés d'atenció.

5.4. Una situació particular: renúncia

Una de les situacions susceptibles de treballar en l'àrea d'obstetrícia és una gestant o partera que manifesta la voluntat de no fer-se càrrec del nadó i donar-lo en adopció. Davant aquesta situació, que pot generar diferents reaccions en l'equip assistencial, serà necessari tenir molt presents el **principi d'autonomia** i els **drets de l'usuari** (respecte a la llibertat individual, el secret professional o el dret a la intimitat) i tenir definits i explicats els protocols i els procediments tant per als professionals com per a la pacient.

5.4.1. Detecció

La demanda pot arribar al ginecòleg, a la llevadora o directament al treballador social sanitari (situació més freqüent). Si la demanda és formulada en el context de l'atenció primària, caldrà que el treballador social sanitari es pugui coordinar amb el treballador social sanitari de l'hospital de referència on es preveu que la pacient parirà i, així, poder donar continuïtat al procés assistencial i assegurar que s'aborda de manera adequada. Sigui quin sigui el professional que rebí la informació, és important que la sàpiga contenir i canalitzar, ja que és una **situació altament sensible** i resulta prioritari que la pacient se senti acompanyada i no jutjada en tot moment.

Aquest procés, dins del context sanitari, també el gestiona el treballador social sanitari, que assumirà el paper de **gestor de cas**.

5.4.2. Intervenció

Dins del context d'atenció especialitzada, serà important tenir en compte una sèrie de consideracions que facilitin el tractament, com ara:

- Que el ginecòleg que faci el seguiment se ceneixi als aspectes estrictament sanitaris i que sigui el mateix professional en cada consulta.
- Que faci una anotació específica en la història clínica.
- Cuidar determinats aspectes: no visualitzar les ecografies, no comunicar el sexe del nadó si la gestant no vol, etc.
- Respectar els drets de la mare en el moment del part (en relació amb visualitzar el nadó, entre d'altres).
- Ingress del nounat en la unitat neonatal i no informar la mare sobre el nadó durant el període de posthospitalització.
- Si la dona ho sol·licita, valorar si és oportú permetre un espai molt acotat d'acomiadament del nadó a la unitat neonatal, i respectar i promoure que pugui deixar-li algun record seu (una carta, roba, un peluix...) que ajudarà, a la dona, a treballar el dol posterior. També és important consensuar quina informació vol donar als futurs pares sobre la seva pròpia història o sobre els motius de la renúncia, que el treballador social sanitari podrà transmetre posteriorment quan aquests vinguin a l'hospital a conèixer el seu fill adoptiu.

Per què incidim en això? Sovint és el treballador social sanitari qui ha de vetllar pel compliment d'aquests aspectes durant tota l'atenció i és qui està més en contacte amb la pacient i el responsable de transmetre els desitjos de la mare a la resta de l'equip assistencial. Sovint, es tracta d'una dona sola, que ha amagat l'embaràs a l'entorn social i familiar, i el treballador social sanitari és l'única persona amb la qual comparteix la decisió. És important que la persona se senti acompanyada, no qüestionada i, sobretot, que disposi de tota la informació respecte a com és el procés, els aspectes legals i quin serà el procediment una vegada neixi el nadó.

Les responsabilitats del treballador social sanitari durant aquesta atenció són:

1) Informar la gestant/partera sobre el **protocol de renúncia** amb l'entitat de protecció de menors competent.

2) Valorar:

- a) La **fermesa** de la decisió: per quines raons es planteja la renúncia (solitud, agressió sexual, situació econòmica, etc.).
 - b) Si ha reflexionat sobre possibles ajudes per a les seves dificultats.
 - c) Relació que manté amb el **pare** de l'infant, si és estable o no, o si hi ha unió legal. Explorar si ell sap que està embarassada.
 - d) **Autocura** durant la gestació. Explorar si ha tingut conductes de risc.
 - e) Si algú l'acompanya en la decisió de renunciar. Intervenir si és necessari apel·lant als drets de la gestant.
 - f) L'**expressió emocional** quan parla del nadó.
 - g) Si pregunta pel nadó després del part, si expressa desig de veure'l.
 - h) Si cal consultar amb altres professionals d'altres disciplines (com, per exemple, psicologia) i decidir-ho amb la pacient.
- 3) Coordinació de la renúncia amb l'entitat protectora (tramitació de l'informe social i de l'informe mèdic; concertar la trobada de la pacient amb els tècnics de l'entitat protectora per formalitzar-la).
- 4) Oferir suport emocional després de l'alta hospitalària de la pacient (encara que l'experiència indica que és poc probable que la mare torni al centre hospitalari).

Un cas

Des del centre d'atenció primària, és derivada al treballador social sanitari una gestant amb discapacitat intel·lectual lleu. Parella també amb discapacitat intel·lectual. Tots dos treballen en un centre especial de treball. Relació de parella de dos anys sense convivència. La gestant viu amb els seus pares. Aquests refereixen que, davant la situació, donaran suport a la filla en la cura del nadó si conviu amb ells. Això implica dificultats de relació intrafamiliar amb el futur pare. Es vincula la gestant a un programa maternoinfantil de la seva zona durant l'embaràs i es van fer entrevistes de suport durant els dos primers trimestres, amb la finalitat d'assegurar el pla pactat, intentant que el futur pare no se senti desplaçat i entengui la necessitat del suport familiar. El pla de treball social sanitari és compartit amb l'equip psicosocial del centre especial de treball. Quan s'apropa la data del part, es fa coordinació amb el treballador social sanitari de l'hospital per informar de la situació i de tots els factors treballats. Durant l'hospitalització postpart, s'observa la presència constant dels avis materns, del pare (que mostra una actitud tranquil·la i col·laboradora) i infermeria treballa amb la mare i el pare les cures bàsiques per a afavorir el vincle. En l'alta, el pediatre de l'hospital deriva al centre d'atenció primària i la situació segueix vinculada al centre d'atenció primària, a escala pediàtrica i social. Factors de risc: pares amb discapacitat intel·lectual. Factors de protecció: suport familiar. Vinculació als serveis i professionals. Recursos necessaris per a fer front a les necessitats bàsiques del menor.

6. Treball social sanitari en salut mental infantojuvenil

6.1. Prevenció i detecció

És potestat de l'atenció primària poder col·laborar en la **promoció de la salut mental** dels infants, per mitjà de la detecció dels diferents professionals dels equips assistencials i dels diferents serveis de la comunitat, amb activitats que motivin (Govern de Canàries, 2006).

1) **Donar suport a la paternitat**, facilitant la paternitat responsable i sensible i el desenvolupament de llaços entre pares i fills.

2) Prestar particular **atenció a infants vulnerables**, com ara:

- Infants amb dificultats psicosocials o problemes de salut: prematurs, amb discapacitat o malalties cròniques, amb trastorns del desenvolupament o amb problemes de conducta en la primera infància.
- Infants en un ambient familiar vulnerable: pares separats en conflicte, famílies monoparentals –en el sentit que no és possible compartir-ne la cria–, fills d'immigrants nouvinguts, pares en situació d'atur...
- Infants en ambient familiar de risc: pares amb trastorn mental greu sense seguiment o tractament, pares consumidors de tòxics, menors exposats a violència de gènere, disfunció sociofamiliar, etc.

3) **Promoure i col·laborar** amb iniciatives de la zona del centre de salut que promoguin espais de salut mental.

4) Treballar els **factors i indicadors** de risc amb els equips assistencials per promoure la derivació a la xarxa d'atenció primària o especialitzada de salut mental infantojuvenil.

6.2. Intervenció

L'augment de la prevalença, la complexitat i l'aparició primerenca de problemes de salut mental d'infants i adolescents ha destacat la importància de l'**enfocament multidisciplinari** en el qual el tractament inclogui la família i l'entorn comunitari. Els treballadors socials sanitaris tenim un paper important per realitzar en la resposta a les necessitats d'aquests infants i les famílies. El debut d'una malaltia mental en un menor representa un fort **impacte** tant en ell com en l'entorn. Tots els projectes, les fantasies dipositades

en l'adolescent, es poden esfondrar de sobte i això representa de vegades la vivència de "començar de nou". Des de la psiquiatria infantojuvenil es pretén donar un espai dins de la intervenció terapèutica per acompanyar el nen o l'adolescent en la seva capacitat, increment d'autonomia i disseny de projecte de vida. Actualment, i segons el Servei de Psiquiatria de l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, els trastorns mentals més prevalents en l'etapa infantil i juvenil són els següents:

- Trastorns afectius
- Trastorns d'ansietat
- Trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat
- Trastorns de conducta
 - Addiccions

- Trastorns de la conducta alimentària
 - Trastorns del desenvolupament

Quin rol tenim els treballadors socials sanitaris en el tractament? Sovint, en l'àmbit de la salut mental, resulta més difícil determinar el **paper del treballador social** sanitari, ja que hi pot haver conflictes de competències, assumint el risc d'assumir el paper de tramitador de recursos. Per situar-nos, cal assenyalar que, en l'àmbit de la salut mental infantojuvenil, hi ha dos nivells assistencials:

- Centre de salut mental infantojuvenil
- Hospitalització total o parcial (hospital de dia)

Davant algunes dificultats amb altres papers professionals, l'any 2001, un grup de treballadors socials sanitaris van elaborar un document on van desenvolupar les funcions del treballador social en el camp de la salut mental (Col·legi de Diplomats en Treball Social de Catalunya, 2001). Dos anys més tard, el 2003, com s'ha vist en un mòdul anterior, es va aprovar la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del sistema nacional de salut, i la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries. Totes dues assenyalaven les funcions de tots els professionals del sistema sanitari, i encara que el treball social sanitari va quedar exclòs com a professió sanitària, com a membre de l'equip de treball interdisciplinari, hi queda subjecte. Per ser precisos amb el llenguatge actual, parlarem de responsabilitats i competències. Això s'ha tractat en un mòdul anterior.

Des del **centre de salut mental infantojuvenil**:

1) Treball social sanitari familiar i individual

a) Acolliment: recollida de les dades sociofamiliars que permetin elaborar el diagnòstic social sanitari, detecció de situacions de risc social, contenció de l'angoixa familiar, definició de la hipòtesi de treball i plantejament a l'usuari/família).

b) Treball social sanitari del cas amb l'equip interdisciplinari.

c) Intervenció social sanitària.

- Directa amb l'infant o adolescent (reforçar funcions, potenciar l'autonomia, orientació i informació sobre les alternatives formatives i laborals, oci, seguiment, visites a domicili).
- Directa amb la família o responsable (tractar els factors de risc social, fixació de límits, pautes socioeducatives, orientació i assessorament, suport en situacions de crisi).
- Directa amb els recursos susceptibles d'atendre l'infant o adolescent.

2) Treball social sanitari grupal

3) Atenció domiciliària, si la situació ho requereix.

4) Atenció indirecta (coordinació amb la xarxa sanitària –xarxa de salut mental d'adults, unitat de referència d'hospitalització psiquiàtrica, centre de salut– i la no sanitària –educació, serveis socials, justícia, equips de protecció al menor).

Des de l'**hospitalització**:

Es tracta de menors que requereixen una **intervenció més intensiva** que aquells que poden ser tractats de manera ambulatoria, amb visites de diversa periodicitat. Per tant, trobarem pacients que es troben en la **fase aguda o crítica** o just després d'aquesta. En qualsevol cas, la seva tornada a la quotidianitat se suposa no immediata i, de vegades, com una amenaça per a la seva estabilitat emocional. De vegades, l'ingrés del menor està programat a demanda dels centres de salut mental infantojuvenil o arriba a l'hospital per la via d'urgències psiquiàtriques. Independentment de si es tracta d'un primer ingrés, o un reingrés, el pacient i la família poden estar vivint una situació de crisi. La família pot estar al límit de la claudicació, el menor desemparat o es pot haver donat una espiral de conductes de risc, delictives o de violència.

Com s'ha descrit en tota l'assignatura, inicialment haurem de fer la valoració mitjançant una anàlisi multifactorial, preveient, en aquest cas:

- Situació actual del nucli familiar (en el moment de crisi o estrès).

- Explorar com era la situació anterior (quina era la dinàmica habitual abans del debut o de la crisi).
- Valorar les capacitats del menor i de l'entorn:
 - Capacitats de protecció i de contenció de l'entorn familiar.
 - Capacitats de supervisió del menor: manteniment de pautes, reducció de conductes de risc, vigilància per a reduir nous episodis (per exemple, en casos d'intents autolítics).
 - Característiques pròpies del menor: organització de les AVD, capacitat d'autonomia en la seva autocura i el seguiment de pautes.
 - Grau de vinculació als recursos de la xarxa, tant del menor com de la família.
- Seguiment de les indicacions o pautes mèdiques a domicili.
- Ampliar la informació dels recursos de la xarxa per poder elaborar el diagnòstic social sanitari.

Les tècniques utilitzades des de l'hospitalització poden ser entrevista individual amb el pacient, entrevista familiar, dinàmiques de grup socioeducatives i entrevista interdisciplinària.

A continuació, farem una petita aproximació a la intervenció del treballador social sanitari en algunes situacions que van en augment en l'entorn de la salut infantojuvenil i que resulten de gran complexitat a l'hora de tractar-les:

1) Trastorns de conducta

En les últimes dècades, ha anat en augment la visibilitat i la detecció de trastorns de conducta dels menors en diferents àmbits, però on l'impacte és més fort és en el familiar. És, llavors, el que anomenem violència filioparental. Segons A. Bonifacio (2004),

“El perfil mayoritariamente responde a varón, menor de 16 años, con antecedentes de maltrato en el seno familiar, consumidores de tóxicos, con conductas delictivas y con dificultades socio-económicas domésticas”.

Davant aquests factors i indicadors de risc, no hi ha dubte que la presència del treballador social sanitari serà clau i complementarà les altres aportacions de l'equip interdisciplinari. Si la situació implica l'hospitalització:

“No debe resultar un hecho independiente, ajeno a la comunidad. Si no se trabaja su entorno, el paciente volvería a ingresar y se convertiría en lo que se llama pacientes de puerta giratoria”.

Bonifacio, 2004.

Malgrat sovint es diposita la responsabilitat de les dificultats en el menor, segons J. Matalí (2016) “en alguns casos, es detecta que el trastorn de conducta és un símptoma d’un problema a casa o amb els amics que s’expressa amb desafiament i desautorització”.

Ens trobem, llavors, en situacions en què el menor acaba sent atès en l’entorn de salut mental de manera indeguda i el focus de la intervenció ha d’anar dirigida als pares. És aquí on la figura del treballador social sanitari és clau.

El treballador social sanitari col·labora en el següent:

- Elaborar el diagnòstic social sanitari.
- Facilitar **suport** a la família: acompanyar i orientar des d’una perspectiva positiva, respectant el seu ritme i les seves capacitats residuals per a promoure canvis.
- Iniciar el **projecte futur** del pacient (formació ocupacional, inserció laboral).
- Tractar, conjuntament amb la resta de l’equip, les dificultats familiars detectades i que han portat a l’atenció del menor al dispositiu de salut mental i activar els suports necessaris, tant per al noi o noia com per als progenitors.
- Vetllar pel compliment de pautes en el domicili. Activar recursos de suport en aquest context, si és necessari.
- Oferir orientacions amb vista a l’alta per a mantenir **rutines saludables** i el tractament.
- Proposar activitats gratificants supervisades per un agent social o de salut. **Coordinació i derivació** als serveis socials o especialitzats en infància en risc per a promoure el seguiment del cas.
- Si el pla de treball social sanitari fracassa, és probable que ens trobem davant d’una situació de **claudicació familiar** irreversible, la qual cosa pot comportar una comunicació de la situació a l’entitat protectora que en motivi el desemparament i l’ingrés en un centre terapèutic (en el supòsit que l’origen de les dificultats provingui del propi menor).

2) Disfunció sociofamiliar

Entenem la disfunció sociofamiliar com les dificultats que presenta una família en les relacions socials i que no els permeten desenvolupar la cohesió necessària per a redefinir-les. Observem que una part important d'aquestes disfuncions, malgrat no totes, són desencadenades perquè els progenitors pateixen el seu propi trastorn mental.

“Quan els pares pateixen una malaltia mental greu, les famílies evolucionen convivint amb uns funcionaments mentals molt primitius i amb un alt nivell de patiment emocional. Els fills creixen amb el risc de patir algun trastorn similar o bé d'evolucionar de maneres inadequades. [...] A més, el funcionament social d'aquestes famílies també està afectat”.

Vilas i Regna, 2006.

Com podem treballar aquestes situacions?

- Crear un **clima de confiança i empàtic** amb els pares i el pacient, que faciliti el vincle i l'expressió de sentiments.
- **Reforçar** els aspectes més capaços dels pares i de les seves funcions parentals.
- **Coordinar-se** amb els altres entorns que estan atenent el menor perquè tinguin especial cura del menor i oferir-los pautes de maneig del menor i de la família.

Per al següent:

- Evitar que els fills assumeixin funcions parentals en moments de crisi dels pares.
- Que els pares sàpiguen diferenciar quines dificultats són seves i quines del fill, assumint les responsabilitats pròpies.
- Protegir el menor.
- Promoure que els pares sàpiguen demanar ajuda quan ells no estan bé.
- Promoure l'autonomia del menor dins i fora del nucli familiar.
- Afavorir la millora del sistema familiar.

Enllaç recomanat

Podeu consultar més informació sobre l'experiència dels tallers *Kidstime*, programa en el qual també participen treballadors socials sanitaris, en l'enllaç següent: <http://www.kidstimebarcelona.org/wp-content/uploads/2018/01/Talleres-kidstime-M.Cardenas.pdf>.

3) Addiccions

Lectura recomanada

Sobre aquest tema podeu consultar el document “Comunicación addicciones”.

Si fa uns anys quan parlàvem d'addiccions se solia pensar només en el consum de substàncies (amb un augment preocupant del consum de cànnabis i de cocaïna), el nou paradigma el constitueix el consum de les tecnologies convertint-se, en alguns casos, en una addicció. La consulta i l'ús continuat i obsessiu de les xarxes socials i la dinàmica diària dels jocs en línia, provoquen, en nois i noies cada vegada més joves:

- Aïllament social.
- Baixada del rendiment acadèmic o abandonament escolar.
- Trencament de dinàmiques familiars saludables.
- Alteracions greus del son.
- Nous contextos per a efectuar o patir *cyberbullying* (assetjament mitjançant les xarxes socials).
- Incapacitat per a la comunicació personal.
- Exposició a situacions de risc desencadenades per les pràctiques de *sexting* (enviament de missatges eròtics o sexuals per mitjà dels telèfons mòbils i *grooming* (actuacions deliberades per part d'un adult per guanyar-se la confiança del menor i abusar-ne sexualment).

Sovint, els pares s'han adonat de la problemàtica quan ja era massa tard i ja els ha resultat impossible imposar límits i reorientar la dinàmica familiar i del propi menor cap a un funcionament saludable. El treballador social sanitari, juntament amb la resta de l'equip assistencial, s'implicarà en:

- Elaborar el diagnòstic social sanitari.
- Oferir suport emocional a la família i treballar la dinàmica familiar.
- Treballar amb el pacient i família la reorganització de la rutina.
- Oferir informació i pautes d'ús saludables de les tecnologies (a nivell individual o grupal).
- Treball amb els serveis comunitaris (serveis socials, escoles, instituts) per restablir la socialització
- Atenció domiciliària en el cas d'aïllaments domiciliaris.

4) Trastorns de la conducta alimentària (TCA)

Lectura recomanada

Consulta el decàleg de bones pràctiques amb l'ús de tecnologies digitals a http://faros.hsjdbcn.org/sites/default/files/-decaleg_fin_cast.jpg.

Segons el DSM-V (2014), els Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA) constitueixen un grup de desordres mentals que es caracteritzen per una conducta alterada davant de la ingesta alimentària i pensaments erronis en relació a la dieta, el pes i la figura corporal. Aquestes conductes alterades comporten greus problemes físics i del funcionament psicològic i social de la persona.

Existeixen diferents tipus de trastorns alimentaris i en destaquem els més prevalents en l'actualitat :

- Anorèxia nerviosa: desig irrefrenable de recerca de l'aprimament.
- Bulímia nerviosa: es caracteritza per episodis d'afartaments (ingesta voraç i descontrolada), en els quals s'ingereix una gran quantitat d'aliment en poc espai de temps, generalment en secret, i amb sensació de pèrdua de control. Es compensen els efectes amb vòmits auto-induïts, ús de laxants o exercici físic excessiu.
- Trastorn per afartaments: similar a la bulímia nerviosa, però la persona no realitza mecanismes compensatoris, per la qual cosa la persona s'encamina al sobrepès o obesitat.
- Trastorn d'evitació/restricció de la ingestió d'aliments (ARFID): presència de conductes alimentàries restrictives, pèrdua de pes significatiu o estancament pondoestatural i dificultats psicosocials. Són pacients amb un repertori alimentari molt reduït.

Segons un informe FAROS de Sant Joan de Déu (2017) sobre els TCA, un dels factors de risc de patir-lo són els factors socioculturals. Diferents estudis identifiquen la relació entre el TCA i models familiars sobreprotectors, rígids i exigents, conflictius i poc cohesionats. Per altra banda, també hi trobem factors culturals relacionats amb el culte al cos, un ideal de bellesa d'extrema primor, la influència de la moda i dels mitjans de comunicació i l'impacte de les xarxes socials en els joves. La majoria dels pacients solen sentir que l'únic element que poden controlar a la seva vida és el menjar i funcionen sota patrons obsessius.

També cal destacar que, en situacions, molts dels pacients que presenten TCA provenen de la situació d'haver patit *bullying* (assetjament escolar) després d'una etapa de sobrepès. Així, sol tractar-se de persones amb una autoestima baixa.

Malgrat s'ha descrit la influència del context sociocultural i familiar en l'aparició del TCA, encara es posa en dubte, en alguns dispositius, si el treballador social sanitari pot oferir el seu servei en el tractament d'aquestes

malalties. No obstant això, l'evidència demostra la importància de garantir el suport familiar de la persona malalta i assegurar que la família està involucrada en el tractament.

Els serveis que pot prestar el treballador social sanitari són:

- Elaborar el diagnòstic social sanitari.
- Identificar les dificultats del pacient en el nucli familiar o en l'entorn del pacient (escola, amics...).
- Treballar aquestes dificultats des d'un enfocament molt més ampli, més enllà de centrar-se en la malaltia i si el fill o filla menja o no. Cal refer amb els pares, sense la presència del pacient, la seva història familiar i analitzar, conjuntament, els possibles desencadenants que han portat a aquella situació.
- Garantir l'acompliment de les pautes a domicili (facilitades pels terapeutes) i oferir eines per reduir l'ansietat a l'hora d'introduir aquestes pautes de supervisió i límits.
- Treballar els factors de risc detectats que hagin pogut portar a aquella situació (per exemple, en el cas dels ARFID, una desídia excessiva prèvia dels pares a l'hora de supervisar els àpats del seu fill o filla).
- Oferir atenció, mitjançant grups de suport, als pares dels pacients amb aquesta malaltia o atenció grupal als propis pacients (col·laborant amb els terapeutes).
- Facilitar la coordinació necessària amb els serveis de territori que pugui ser oportú que col·laborin en el tractament.

5) Trastorns de l'espectre autista (TEA)

Des de la publicació del DSM-V (2014) es van substituir els quatre subtipus d'autisme (trastorn autista, síndrome d'Asperger, trastorn desintegrador infantil i TGD no especificat) per la categoria general de trastorns del espectre autista (TEA). Les persones amb un TEA es caracteritzen per la seva manca d'habilitats socials, és a dir, per la seva incapacitat de relacionar-se de manera eficient en un espai compartit amb altres persones mitjançant conductes apreses de forma natural i progressiva de les experiències relacionals des del naixement.

Sovint, aquest diagnòstic pot ser comunicat als pares des de la primera infància (habitualment, ja des del context d'atenció precoç). Tractar amb nens amb TEA en els diferents contextos amb el qual el nen es relaciona és una tasca d'alta complexitat, especialment en l'entorn escolar i, encara més, si existeix una

manca de recursos adients per atendre'l d'acord amb totes les seves necessitats. El nen amb TEA precisa de la presència d'un adult al seu costat que actui com a facilitador (ajudar en la transició al pati, modelatge de conductes socials adequades, construcció d'habilitats de comunicació, reconducció de conductes inadequades...). Per altra banda, en no tenir cap signe físic que els identifiqui com a nens malalts, sovint són incompresos per la família extensa, per les amistats o durant l'ús dels transports públics, fet que desencadena que siguin etiquetats de "mal educats". Per últim, sovint, després de la intervenció en l'etapa primerenca, el seguiment en el context de salut mental infanto-juvenil és molt escàs, i es redueixen les possibilitats de tractament al context de serveis privats. Tot plegat, implica un alt grau de patiment familiar i de suport extra en què la figura del treballador social sanitari hi té un rol clau per:

- Elaborar el diagnòstic social sanitari.
- Acompanyar en l'impacte i l'acceptació del diagnòstic.
- Treballar els efectes de l'estigma social.
- Oferir pautes de suport per a la millora de les dinàmiques familiars en les AVD (juntament amb els terapeutes).
- Treballar i oferir suports per reduir el risc de claudicació.
- Informar i assessorar sobre els tràmits per aconseguir les prestacions a les quals tenen accés.
- Coordinar-se amb els serveis vinculats al nen o nena per fer el traspàs d'informació pertinent (amb el consentiment dels pares) que faciliti la comprensió de les dificultats del nen a tots els entorns amb els que es relaciona.
- Fer gestions amb l'Administració per aconseguir els suports necessaris de cara a garantir les seves necessitats.
- Acompanyar els pares per totes les etapes de la vida del nen. Especialment, en la transició a l'edat adulta (incapacitació, centres ocupacionals...).

7. Docència i recerca

El treballador social sanitari en infància i adolescència com a docent:

- Dins dels **equips multidisciplinaris** aporta els seus coneixements específics a professionals d'altres disciplines en matèria de prevenció i detecció del risc social, l'impacte de la malaltia per a la família, i eines de comunicació amb les famílies en situacions de fragilitat.
- En la **xarxa de serveis socioeducatius**, dóna els coneixements específics que aporta treballar en l'àmbit sanitari en relació amb l'impacte de determinades malalties i els procediments de detecció i atenció en situacions de risc i maltractament, per als quals també podem actuar com a consultors.
- Amb l'**alumnat del grau de Treball Social**, aporta un coneixement teòric i pràctic sobre la malaltia infantil, el tractament de les situacions de risc i maltractament i com s'intervé, des de l'entorn sanitari i amb un enfocament multi o interdisciplinari en aquestes situacions.
- Amb professionals que es volen especialitzar dins de programes com aquest màster de treball social sanitari.

Com a investigador:

El treballador social sanitari té la possibilitat de fer estudis qualitius i quantitius, amb un enfocament social o multidisciplinari, investigant les variables psicosocials que acompanyen els diagnòstics clínics o els factors socials que desencadenen diagnòstics clínics.

Cal considerar també que l'emergent interès per l'Experiència del Pacient (redisseny de les experiències dels pacients i les famílies en els centres sanitaris) és una àrea d'oportunitat pels treballadors socials sanitaris, en ser professionals amb les competències per elaborar entrevistes amb profunditat, focus grups i altres tècniques d'exploració i en disposar de molta informació i experiència en el funcionament i les dinàmiques dels centres sanitaris (mitjançant la pròpia observació i la informació que els és transmesa pels pacients i famílies mateixos).

Bibliografia

Adroer, S. (1984). "Bases psicodinàmiques de la relació assistencial" A: *Salut, Sanitat i Serveis Socials*.

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnòstic y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Barudy, J. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego, resiliencia*. Ed. Gedisa.

Batlle, C. i altres (1988, març). "La importancia del Trabajo Social en Neonatología". *RTS* (núm. 109). Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social.

Berry Brazelton, T.; Cramer, B. (1993). *La relación más temprana*. Ediciones Paidós.

Bonifacio, A. (2004, setembre). "Anestesiats". *RTS* (núm. 175). Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social.

Bonifacio, A. (2008). "El Trabajo Social frente a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en pacientes menores de edad. Aproximación al fenómeno y propuesta de intervención". *Trabajo Social y Salud* (núm. 61, pàg. 227-243).

Bonifacio, A. (2015). "Suicidio conjunto. Trabajo Social en una unidad de conductas autolíticas infanto juvenil". *Trabajo Social y Salud* (núm. 82, pàg. 9-18).

Bonifacio, A.; Claramonte, A. i altres (2004). "Enfermedad y Familia. El Servicio de Trabajo Social en un Hospital Materno-Infanto-Juvenil". *Revista de Servicios Sociales y Política Social* (núm. 65, pàg. 21-32).

Bronfenbrenner, U. (1979). *American Research on the development of children in their environment*. UNESCO.

Calvo, L. (2009). *Familia, resiliencia y red social*. Ed. Espacio.

Canet, M. (2002, juny). "La coordinación del trabajo social de salud con los servicios de bienestar". *RTS* (núm. 166). Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social.

Casas, F. (1989). *Funciones sociales de la Evaluación. Intervención Psicosocial* (vol. V, núm. 14).

Cárdenas, M. i altres (2015). "Fomentando la resiliencia en las familias con enfermedad mental parental: los talleres *Kidstime*". *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente* (núm. 25, pàg. 17-22).

Chico, M. J. (2011, desembre). "Problemas relacionados con el Trabajo Social en los Hospitales Generales". *RTS* (núm. 164). Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social.

Claramonte, A.; Nadal, D. i altres (2012). *La intervención social en la enfermedad crónica infantil*. Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social de Catalunya.

Colom, D. (2006, juny). "Salud y trabajo social: la evolución de una profesión apasionante". *RTS* (núm. 177). Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social.

Colom, D. (2008). *El trabajo social sanitario*. S. XXI.

De Robertis, C. (1992). *Metodología de la intervención en trabajo social*. Ed. El Ateneo.

Diversos autors (1968). *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*. Ed. Aguilar.

Diversos autors (1996). *El llibre d'en Pau*. Institut Català de la Salut.

Diversos autors (1999). *Detección del riesgo social en la embarazada y prevención maltrato infantil*. Consejería de Servicios Sociales, Instituto Madrileño del Menor y la Familia.

Diversos autors (2001). *Funciones del trabajador social en el campo de la Salud Mental*. Col·legi Oficial de diplomats en Treball Social de Catalunya.

Diversos autors (2006). *Programa de atención a la salud mental infanto-juvenil*. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad.

Diversos autors (2007). *Programa de tratamiento a familias con menores*. Junta de Andalucía, Dirección General de Infancia y Familias.

Diversos autors (2007). *Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil*. Observatorio Infancia, Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.

Diversos autors (2008). *Protocol d'actuació clínic-assistencial de maltractaments aguts a la Infància*. Generalitat de Catalunya.

Diversos autors (2010). *Intervenciones de rehabilitación en traumatismo craneoencefálico: consenso multidisciplinar*. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.

Diversos autors (2012). *DCA en la familia. La atención a los niños y adolescentes*. Madrid.

Diversos autors (2015). "Las nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Guía para educar saludablemente en una sociedad digital" [article en línia]. FAROS. Hospital Sant Joan de Déu. [Data de consulta: 29 d'abril de 2018] <http://faros.hsjdbcn.org/sites/default/files/-decaleg_fin_cast.jpg>

Diversos autors (2017). "Trastornos de la conducta alimentaria: factores de riesgo y señales de alerta" [article en línia]. FAROS. Hospital Sant Joan de Déu. [Data de consulta: 17 d'abril de 2018] <<http://faros.hsjdbcn.org/ca/articulo/trastorns-conducta-alimentaria-factors-risc-senyals-dalerta>>

Documentació interna del Servei de Treball Social de l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona

Du Ranquet, M. (1996). *Los modelos en trabajo social*. S. XXI.

Escartín, M. J. (1992). *Manual del Trabajo Social (modelos de práctica profesional)*. Ed. Aguacleara ("Amalgama").

Fernández, J., Torralba, J. M. i altres (2012). "Trabajo social con familias y resiliencia familiar. Un análisis de la relación entre ambos conceptos". *Atlántida* (núm.4, pàg. 91-102).

Fernández, R. (2006, desembre). "El menor malalt". *RTS* (núm. 179). Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social de Catalunya.

Freixa, M. (1993). *Familia y deficiencia mental*. Ed. Salamanca.

Gavaldà, M. (2013). "L'atenció social a famílies de nadons ingressats. Experiència en un hospital maternoinfantil". *RTS* (núm. 198, pàg. 104-112).

Genovés, R. (1997, març). "La problemàtica social de la mujer embarazada. Intervención desde la Unidad de Trabajo Social". *Trabajo Social y Salud* (núm. 26).

Hamilton, G. (1951). *Theory and practice of Social Case Work*. The New York School of Social Work, Columbia University Press.

Ituarte, A. (1992). *Procedimiento y proceso en trabajo social sanitario*. S. XXI.

Ituarte, A. (2002). "El acontecer clínico del trabajo social". *Trabajo Social Hoy* (núm. 35, 1r. quadrimestre, 5a. època, pàg. 42-59).

Ituarte, A. (2012). "Aspectos psico-sociales en Salud materno-infantil. Aportación del trabajador social al equipo interdisciplinar". I Jornada Estatal d'Intervenció Social en Salut Maternoinfantojuvenil (Hospital Sant Joan de Déu, BCN). <www.isesmij.org>.

Jara, M. (2015). "Atención socio sanitaria a los menores y sus familias en situación de exclusión social." *Trabajo Social y Salud* (núm. 82, pàg. 309-318).

Jones, B. (2005). "Pediatric Palliative and End-of-life care. The Role of Social Work in Pediatric Oncology". *Journal of Social Work in End-of-life & Palliative Care* (vol. 1, pàg. 4).

Kew, S. (1978). *Los demás hermanos de la familia*. Ed. Serem.

Kroen, W. (2001). *Cómo ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido*. Ed. Oniro.

Kubler-Ross, E. (1992). *Los niños y la muerte*. Ed. Luciérnaga.

Lasheras, E. (2015). "Experiència del projecte PRINCEP. L'atenció integral al pacient pediàtric amb malaltia crònica complexa i la seva família". *RTS* (núm. 204, pàg. 72-81).

Larson, K. i altres (2008). "Influence of Multiple Social Risks on Children's Health". *Pediatrics*.

Matalí, J. L. i altres (2015). "Addicció a les noves tecnologies: definició, etiologia i tractament." *Quadern FAROS*. Hospital Sant Joan de Déu (núm. 9, pàg. 111-121).

Meltzer, D.; Harris, M. (1989). *El paper educatiu de la família*. Ed. Espaxs.

Montes, T. (1991). "Asistencia a la familia del recién nacido con malformaciones congénitas". A: *Enfermería Psicosocial II*. Salvat.

Nafria, B. i Pérez, B. (2012). "¿Cómo convive un niño cuando tiene un hermano con alguna discapacidad?" [article en línia]. *FAROS*. Hospital Sant Joan de Déu. [Data de consulta: 27 d'abril de 2018] <<http://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/como-convive-nino-cuando-tiene-hermano-algun-tipo-discapacidad>>

Nadal, D. (2018). "El meu món va desaparèixer. La comunicació i l'acompanyament de la primera notícia". *Vincles*. Hospital Sant Joan de Déu (núm. 19, pàg. 38-42).

Nelson, J. (1980). "Support, a necessary condition for change". *Social Work* (núm. 25).

Ojeda, J. (2015). "Acoso escolar homofóbico y salud mental: un estudio comparativo para la intervención del Trabajo Social". *Trabajo Social y Salud* (núm. 82, pàg. 19-32).

Pedrosa, E. (2015). *Seguiremos viviendo. Gina, una muerte luminosa es posible*. Ed. Now Books.

Planella, J. (2003, març). "De la atención al acompañamiento social de la persona. Reflexiones sobre un proceso". *RTS* (núm. 169). Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social de Catalunya.

Porcel, P. (2008). *El treball social en l'àmbit de la salut: un valor afegit*. Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears.

Pou, J. (2010). *El Pediatra y el maltrato infantil*. Ed. Ergon.

Pou, N., Gavaldà, M. i altres (2015). "La intervención social con gestantes en situación de riesgo social en el marco hospitalario. La importancia de la atención social temprana y el apoyo a la gestante para prevenir el riesgo social". *Trabajo Social y Salud* (núm. 82, pàg. 319-326).

Rodríguez, P. i altres (2010). *Document marc de treball social sanitari a pediatria. Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat*. Institut Català de la Salut.

Salzberger-Wittenberg, I. (1980). *La relación asistencial*. Amorrotu Editores.

Serrano, E. i altres (2017). "Trastorns de la conducta alimentària". *Quaderns FAROS*. Hospital Sant Joan de Déu (núm. 10, pàg. 129-139).

Schonfeld, D. (1989). "Crisis intervention for bereavement support: a model intervention in the children's school". *Clinical Pediatrics* (vol. 28, pàg. 29).

Schor, E. (1993). "Influencia de la familia en la salud infantil". *Health behavior and family research*. Le Clere FB (Eds) Family Health.

Schor, E. (1995). "The influence of families on child health. Family behaviors and child outcomes". *Pediatric Clinic North. Am.* (núm. 42, vol. 1, pàg. 89-102).

Valls, I. i altres (2010). *La atención temprana*. Ed. UOC.

Vilas, T.; Reina, V. (2006, desembre). "Intervenció terapèutica interdisciplinària a famílies amb pares amb trastorn mental greu". *RTS* (núm. 179). Col·legi Oficial de diplomats en Treball Social.

