

El treball social sanitari en l'atenció especialitzada

Catalina Napal Lecumberri

PID_00206274

Índex

| | |
|--|-----------|
| Introducció..... | 7 |
| 1. Aspectes que cal tenir en compte des del treball social sanitari especialitzat i l'hospital..... | 9 |
| 2. El treball social sanitari en atenció especialitzada i a l'hospital..... | 14 |
| 2.1. Concepte. Breu ressenya a la trajectòria històrica. Capacitació | 14 |
| 2.2. Breu ressenya a la trajectòria històrica del treball social sanitari a l'hospital | 15 |
| 3. Funcions de treball social sanitari hospitalari..... | 16 |
| 3.1. Funció assistencial | 18 |
| 3.1.1. La valoració sociofamiliar i el diagnòstic social sanitari | 18 |
| 3.1.2. Intervenció psicosocial des de treball social | 20 |
| 3.1.3. Coordinació | 22 |
| 3.1.4. Informació i orientació | 23 |
| 3.1.5. Gestió d'accés a recursos i prestacions | 24 |
| 3.1.6. Derivació | 24 |
| 3.2. Funció de recerca | 26 |
| 3.3. Funció docent | 26 |
| 3.4. Capacitat i perfil dels treballadors socials sanitaris a l'hospital .. | 27 |
| 3.5. Valors com a propietats de l'activitat professional del treball social sanitari | 28 |
| 3.5.1. L'atenció individualitzada | 28 |
| 3.5.2. L'atenció integral | 30 |
| 3.5.3. El treball en equip | 31 |
| 4. Funcions del cap del servei del treball social sanitari a l'hospital..... | 34 |
| 5. Funcions del personal administratiu del servei de treball social sanitari..... | 36 |
| 6. Circuit de la intervenció del treball social sanitari..... | 38 |
| 7. Instruments bàsics de treball social sanitari..... | 44 |
| 7.1. Història informatitzada de treball social sanitari | 44 |
| 7.2. Informe de treball social sanitari | 46 |

| | |
|---|----|
| 8. Recursos humans | 47 |
| 8.1. Jornada laboral: gestió del temps | 47 |
| 8.2. Possibles interferències en l'organització de la jornada | 48 |
| 9. Praxi professional | 50 |
| 9.1. Treball social sanitari aplicat a persones amb diagnòstic de demència | 50 |
| 9.1.1. Signes que caracteritzen una demència | 51 |
| 9.1.2. Respecte a la presa de decisions | 52 |
| 9.1.3. Quan i com comença la intervenció, el treball social sanitari | 53 |
| 9.2. Treball social sanitari aplicat a persones amb insuficiència renal crònica en diàlisi | 56 |
| 9.2.1. L'elecció de la tècnica | 57 |
| 9.2.2. Durant el tractament | 57 |
| 9.2.3. Aspectes socials i psicosocials de la malaltia renal | 58 |
| 9.2.4. Treball social sanitari de grup en la insuficiència renal crònica | 58 |
| 9.2.5. Des de la bioètica | 59 |
| 9.3. Treball social sanitari aplicat a persones amb malaltia terminal. Mort | 61 |
| 9.3.1. Característiques de la malaltia terminal | 61 |
| 9.3.2. Intervenció terapèutica. Equip interdisciplinari | 62 |
| 9.3.3. Actituds socials respecte a la mort | 62 |
| 9.3.4. Treball social sanitari individual i familiar en el procés de morir | 63 |
| 9.3.5. La família davant la malaltia terminal. La seva importància en el procés de morir del familiar | 64 |
| 9.4. Treball social sanitari aplicat a persones que han tingut un accident (de trànsit, laboral) | 69 |
| 9.4.1. Característiques implícites dels accidents | 69 |
| 9.4.2. Objectius del treball social sanitari | 70 |
| 9.4.3. Metodologia aplicada en el cas social sanitari | 71 |
| 9.5. Treball social sanitari en el servei d'urgències hospitalari | 73 |
| 9.5.1. Característiques dels serveis d'urgències d'un hospital | 75 |
| 9.5.2. Valoració preliminar de la urgència: triatge | 76 |
| 9.5.3. Accés del pacient al servei de treball social sanitari de l'hospital | 76 |
| 9.5.4. Intervenció des del treball social sanitari a urgències | 77 |
| 9.6. Treball social sanitari en el servei de vigilància intensiva | 80 |
| 9.6.1. Intervenció des del treball social sanitari en l'UCI | 82 |
| 9.6.2. Limitació de l'esforç terapèutic. Voluntats anticipades | 83 |
| 9.7. Treball social sanitari en el servei de neurologia | 85 |

| | | |
|---------------------------|--|-----|
| 9.7.1. | Característiques socials que acompanyen diagnòstics neuròlgics que generen dependència | 86 |
| 9.7.2. | Intervenció de treball social sanitari | 86 |
| 9.8. | Treball social sanitari en el servei de psiquiatria | 88 |
| 9.8.1. | Intervenció del treball social sanitari a l'hospital | 91 |
| 9.9. | Treball social sanitari amb nadons amb alteracions en el desenvolupament o amb risc de patir-ne | 93 |
| Bibliografia | | 101 |

Introducció

"El hospital, hoy por hoy, es una de las empresas más complejas de dirigir, por la interrelación entre los factores técnicos, humanos y profesionales, así como laborales, cuando lo que se atiende es la enfermedad, la salud de la ciudadanía".

D. Colom (2000). *Planificación del alta hospitalaria*. Saragossa: Mira.

Des dels hospitals que eren de beneficència, i acollien les persones pobres, o s'hi internava les persones per a evitar el contagi de la població, fins als hospitals actuals, no ha passat gaire temps en la història (encara hi ha edificis i professionals que van conèixer el final d'aquesta època), però sí que hi ha hagut fets importants que han provocat una transformació profunda en el sistema sanitari.

Les societats desenvolupades es caracteritzen per l'augment de l'esperança de vida gràcies al fet que les condicions econòmiques, socials i d'atenció sanitària han millorat.

El gran repte del sistema sanitari i del sistema social és atendre l'augment de les taxes de dependència, unit a l'envelliment de la població, i també a l'augment de persones amb malalties cròniques; a això s'hi afegeixen els processos de diagnòstic difícil, els processos de morir i mort, acompanyats de canvis socials profunds, noves estructures familiars, la desaparició de suports familiars o veïnals, etc.

El canvi més profund en el sistema sanitari és que actualment cal buscar l'equilibri entre les qüestions següents:

- El gran desenvolupament de la tecnologia.
- La humanització, és a dir, fer que la conversa i el tracte siguin humans, afables, agradables, dolços, suaus.
- El dret a l'autonomia del pacient, de la persona atesa.

Amb el desenvolupament de la democràcia, els serveis públics, com els hospitals, han de presentar les característiques següents:

- Hi ha de poder accedir tota la ciutadania. No hi pot haver cap circumstància, personal o social, que hi dificulti l'accés. Així, per exemple, durant un temps, hi havia de servei sanitari, però s'hi dificultava l'accés als immigrants i als qui no tenien la documentació exigida, o si no hi havia mitjà de transport públic o privat, hi havia persones que no es podien desplaçar perquè les atengués el sistema sanitari.
- Han de ser universals. Han d'atendre totes les persones en la mateixa situació. Totes les persones, tinguin la cobertura sanitària que tinguin (priva-

da, Seguretat Social, Institut Social de les Forces Armades, etc.), han de ser ateses en el sistema sanitari públic.

- Hi ha d'haver una atenció integral basada en el model biopsicosocial i la coordinació interdisciplinària.
- Hi ha d'haver equitat per a garantir la igualtat. Totes les persones en la mateixa situació han de ser ateses amb els mateixos mitjans.
- Han de personalitzar l'atenció. D'acord amb el principi d'individualitat, cada persona és diferent. Encara que hi hagi procediments, cada persona és única.
- Han de tenir carteres de serveis coneguts per la ciutadania.
- Han d'assegurar que professionals, pacients i usuaris col·laboren a millorar el sistema sanitari.

1. Aspectes que cal tenir en compte des del treball social sanitari especialitzat i l'hospital

Catalina Napal Lecumberri

Mary E. Richmond, en el seu llibre *Diagnòsis social* (1917), deia el següent:

"La única pràctica lamentable de treball social es aquélla que se acomoda a una certa rutina, a la adopció invariable de las mismas medidas ante cualquier situación, sin ninguna reflexión previa o espíritu de aventura".

L'hospital és una organització "viva". És una institució dinàmica, canviant, es pot dir que "sorprenent". Per això és important que els treballadors socials sanitaris siguin actius, observadors, amb capacitat d'adaptació i amb capacitat d'avançar-se a les situacions.

Quan es fa referència a qualsevol àmbit del sistema sanitari, se sol parlar de xifres, pressupostos, recursos, indicadors de salut, però la base fonamental del sistema sanitari no són els seus recursos o prestacions, sinó la persona atesa i les seves xarxes familiars, socials o de suport.

El desenvolupament de la medicina amb tanta tecnologia corre el risc de passar per alt els *valors*. És molt important tenir present que la norma de relació entre persones, grups o institucions, i les persones destinatàries dels seus serveis, que no descansen sobre un valor social, aboca inevitablement a un conflicte o una fractura.

No desenvoluparem tot el que inclou el concepte *valors*, des de les diferents perspectives, sinó que només farem referència a una idea molt bàsica amb la finalitat de recordar que a l'hora de treballar és important conèixer i respectar els valors de les persones ateses.

"Por otra parte el hospital, la llamada «máquina de curar» puede dejar de ser una máquina cuando se basa en una concepción holística, basada en derechos y en realidades de la condición humana, y no sólo en una producción, aunque sea la producción de algo tan necesario y deseado como la salud".

D. Colom (2000). *La planificación del alta hospitalaria*. Saragossa: Mira Editores. [Exhaurit].

Les persones estan de pas per l'hospital perquè sempre tornen al seu entorn, que és on les persones neixen, desenvolupen els valors, els coneixements, les creences i els costums, i també on es descobreixen, aprenen i potencien les *respostes* a cura de la salut i la malaltia. Aquí és on homes i dones pateixen, estimen, odien, es desenvolupen, aquí hi ha les seves aspiracions, projectes, fracassos, records i il·lusions.

"Richmond desarrolla toda una cadena de pensamiento situando cualquier problema de la persona más allá de sí misma. Penetra en su familia inmediata o red social próxima, en su entorno medioambiental. Según ella y otros estudiosos, el todo conforma elementos indispensables para estructurar el diagnóstico social. La visión holística del trabajo social de caso establece una base bio-psico-socio-cultural. Ambos, persona y entorno, necesitan contemplarse como variables interactivas, influyéndose sin cesar. Actuar sobre una es incidir sobre el otro y viceversa".

D. Colom (2008). *El trabajo social sanitario* (pàg. 57). Madrid: Siglo XXI.

En resum, sabent que només és una referència breu (cal insistir en això), però que té una gran importància, s'han de tenir en compte els fets, que són dades de percepció, que es veuen, es toquen, s'oloren. És el que resulta mediatament o immediatament perceptible. Els fets són la base del nostre coneixement de la realitat. Procedeixen de les sensacions que tenim dels cossos exteriors. Les sensacions ens susciten emocions i sentiments: positius, negatius, de plaer, de desgrat, d'amor, de rebuig, i la raó acaba elaborant judicis d'aprovació o reprovaçió d'aquestes situacions. Des del treball social sanitari és "bàsic" prendre en consideració els valors i les creences de les persones ateses.

Els valors no es donen aïllats mai, sinó que, entre altres coses, formen les matrius orgàniques que anomenem *cultura* o *tradicions*. Els valors aporten el següent:

- Orienten les persones a un estil de vida.
- Donen coherència als models, a les normes, a les regles de la societat.
- Ajuden a construir models d'integració social des de dins. Els tradicionals són els de gestió heterònoma, és a dir, els imposa algú de fora.

Per exemple, l'ètica de la gestió del cos ha estat directament en mans dels teòlegs i pastors de les esglésies. L'home i la dona del segle XX, però, van començar a exigir la capacitat del seu cos, i de la seva vida i mort, i en això s'està.

Totes les persones ateses en el sistema sanitari tenen dret en la nostra societat a l'atenció des del treball social sanitari integrat en l'atenció sanitària, i per tant, a accedir al servei de treball social sanitari.

"Como punto de partida, en el campo sanitario la intervención social debería darse en todos los casos, pues la enfermedad siempre rompe dinámicas familiares".

D. Colom (2008). *El trabajo social sanitario* (pàg. 57). Madrid: Siglo XXI.

D'altra banda, treballar en un hospital com a treballadora social sanitària exigeix tenir coneixement dels *indicadors clau* del Sistema Nacional de Salut, un conjunt prioritzat d'informació, que abraça els aspectes considerats més rellevants de la salut i del sistema sanitari espanyol, nacional i autonòmic. Sembla evident, encara que cal recordar-ho, que és important conèixer l'estructura del servei de salut de la comunitat autònoma on es treballa. El seu desenvolupament s'ha dut a terme en col·laboració amb les comunitats autònomes, mitjançant la Subcomissió de Sistemes d'Informació del Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut, que va aprovar, en la sessió plenària de març del

2007, una primera llista de 110 indicadors. Els indicadors triats es relacionen amb la població, l'estat de salut i els seus determinants, l'oferta de recursos, l'activitat, la qualitat, la despesa i la satisfacció dels ciutadans.

El marc metodològic de referència és el projecte European Community Health Indicators de la Comissió Europea.

També cal conèixer els grups de diagnòstics relacionats (GRD) del Sistema Nacional de Salut i de l'hospital on es treballa.

El concepte tradicional d'*hospital*, considerat com a institució o centre sanitari que, al marge de la denominació, té com a finalitat fonamental la prestació d'assistència sanitària en règim d'internat (no són institucions tancades, cosa que és important de tenir en compte en relació amb l'autonomia de les persones ingressades), s'ha vist superat per les noves formes d'organització de l'assistència sanitària especialitzada, que es fonamenten en la Llei general de sanitat:

- Article 56.2.b: "En l'àmbit d'assistència especialitzada, que s'ha de fer als hospitals i centres d'especialitats dependents funcionalment d'aquells, s'ha de prestar l'atenció de més complexitat als problemes de salut i s'han de desenvolupar les altres funcions pròpies dels hospitals".
- Article 65.2: "L'hospital és l'establiment encarregat tant de l'internament clínic com de l'assistència especialitzada i complementària que requereixi la seva zona d'influència".

Així, des de començaments dels anys noranta, l'organització de l'assistència especialitzada pública, tradicionalment estructurada en dos àmbits (hospital i ambulatoris), va donar pas a una nova forma d'organització, que unificava i integrava funcionalment l'hospital, i els centres d'especialitats en un únic àmbit d'assistència especialitzada, de manera que els recursos humans i materials fossin comuns per als diferents centres d'assistència especialitzada i, en alguns casos, d'atenció primària de l'àrea sanitària. Això va passar de manera diferent en cada comunitat autònoma, però va ser el començament del canvi en l'estructura del sistema de salut. Amb el temps les coses evolucionen, i té una gran importància conèixer l'actualitat en cada moment, i també l'evolució que s'ha produït.

En aquest crèdit estudiarem el treball social sanitari en l'àmbit hospitalari, però no podem deixar de fer referència a aquests centres anomenats *centres d'especialitats* o *centres ambulatoris*, encara que caldria un altre desenvolupament. Aquí hi ha les hospitalitzacions domiciliàries (HD), les HD d'oncologia, la unitat de trasplantaments, etc., i no se'n diuen igual o no funcionen igual en totes les comunitats autònomes. És important que en aquests centres, on, entre altres coses, s'informa de diagnòstics d'alta vulnerabilitat psicosocial com càncer o demència, també es tingui la consciència que cal prestar una aten-

ció integral, holística i interdisciplinària, i que es disposi de professionals de treball social sanitari i una coordinació adequada amb atenció primària. La realitat social ho exigeix: increment de la cronicitat, increment de l'edat, de la dependència, etc. Els hospitals no són tots iguals i en cada comunitat autònoma hi ha diferències.

Atenent a la seva **finalitat assistencial**, els hospitals es classifiquen en general, quirúrgic, maternal, infantil, maternoinfantil, psiquiàtric, de malalties del tòrax, oncològic, oftàlmic o d'otorinolaringologia, traumatològic o de rehabilitació, de rehabilitació psicofísica, medicoquirúrgic, de geriatria o llarga estada, d'altres monogràfics, de leprologia o dermatologia, o d'una altra finalitat.

Es considera **hospital general** el que està destinat a l'atenció de pacients afectes de patologia variada i que ateny les àrees de medicina, cirurgia, obstetrícia i ginecologia i pediatria. També es considera general quan, fins i tot faltant o estant poc desenvolupada alguna d'aquestes àrees, no es concentra la major part de l'activitat assistencial en una de determinada.

Si s'atén a la **dependència patrimonial**, es refereix a la persona física o jurídica propietària, com a mínim, de l'immoble ocupat pel centre sanitari. Així, els hospitals depenen de les institucions següents: la Seguretat Social, l'Institut de Salut Carlos III, el Ministeri de l'Interior, el Ministeri de Defensa, una comunitat autònoma, una diputació o un ajuntament, un municipi, entitats públiques, una mútua d'accidents de treball i malalties professionals, organismes privats benèfics (la Creu Roja o l'Església), un de privat no benèfic, una altra dependència patrimonial.

Els hospitals que apareixen sota la dependència de **Seguretat Social** pertanyen a la Tresoreria General de la Seguretat Social. Hi ha un grup especial per a les mútues d'accidents de treball i malalties professionals de la Seguretat Social, tot i que en la major part dels casos ha conclòs la seva adscripció a la Tresoreria General de la Seguretat Social. També hi ha alguns casos en què la propietat la comparteixen diversos organismes públics, com és el cas d'alguns complexos i consorcis; en aquest cas apareixen com a entitats públiques.

A l'efecte d'aquest catàleg, atenent a la seva **dependència funcional**, els hospitals es gestionen segons la classificació següent: l'Institut de Gestió Sanitària, el Servei Andalus de Salut, el Servei Català de la Salut, el Servei Basc de Salut (Osakidetza), l'Agència Valenciana de Salut, el Servei Navarrès de Salut (Osasunbidea), el Servei Gallec de Salut, el Servei Canari de Salut, l'Institut de Salut Carlos III, altres hospitals públics de dependència estatal, l'Administració penitenciària, una comunitat autònoma, una diputació o un ajuntament, un municipi, altres organismes públics, una mútua d'accidents de treball, organismes privats benèfics (la Creu Roja o l'Església), un de privat no benèfic, una altra dependència funcional, el Ministeri de Defensa, el Servei de Salut del Principat d'Astúries, el Servei Càntabre de Salut, el Servei de la Rioja de Salut, el Servei Murcià de Salut, el Servei Aragonès de Salut, el Servei de Salut

de Castella - la Manxa, el Servei Extremeny de Salut, el Servei de Salut dels Illes Balears, el Servei Madrileny de Salut, Sanitat Castella i Lleó. De la mateixa manera que en dependència patrimonial, en cas que la gestió sigui compartida per diversos organismes de caràcter públic, s'ha d'assignar el codi *altres públics*.

Des del treball social sanitari és important reflexionar sobre les característiques dels models d'actuació professional, segons que se centrin en la perspectiva del client o en la perspectiva de la institució. Rose i Moore (1995, pàg. 338) ofereixen la taula següent:

| Característiques del treball social | Model centrat en la perspectiva del pacient | Model centrat en la perspectiva del sistema de prestació |
|--|--|--|
| Percepció fonamental del client | Els clients són subjectes que comprenen i actuen. | Els clients són objectes que cal comprendre i sobre els quals cal actuar. |
| El treballador social considera el client | En termes de potencialitats que cal identificar i desenvolupar. | En termes de problemes que cal identificar i de patologies que cal gestionar. |
| El treballador social vol | La participació activa, la reconducció de les carències i la producció de sentit. | El compliment i l'adaptació als plans del servei. |
| Els objectius del treball social | Una direcció positiva, per mitjà dels passos que cal fer i l'augment de la confiança en les possibilitats pròpies. | La millora de les pautes del consum dels serveis i de la conducta del pacient. |
| El treball social necessita l'avaluació | Es deriva directament dels plans i de les finalitats del client. | Es deriva de les definicions i de les necessitats del sistema de serveis. |
| Derivació | Es considera el conjunt de la comunitat com un recurs, especialment les xarxes socials no oficials. | Es consideren només els serveis que hi ha del sistema oficial. |

Característiques dels models d'actuació professional des del treball social sanitari.
Font: S. Rose i V. L. Moore (1995, pàg. 338)

2. El treball social sanitari en atenció especialitzada i a l'hospital

2.1. Concepte. Breu ressenya a la trajectòria històrica.

Capacitació

La *Guía de organización del servicio de trabajo social en atención especializada* (Insalud, 2000) considera:

"El trabajo social como la actividad que se ocupa de los aspectos psicosociales del individuo (persona) a través del estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales que concurren en la promoción de la salud y en la aparición de la enfermedad, colaborando en potenciar el carácter social de la medicina".

Insalud (2000). *Guía de organización del servicio de trabajo social en atención especializada*. Madrid: Ministerio de Sanidad.

Dolors Colom defineix el treball social hospitalari de la manera següent:

"La disciplina que a partir de l'estudi, diagnòstic i tractament sociosanitari atén persones ingressades i les seves xarxes socials més pròximes, perquè la malaltia no sigui pèrdua de la qualitat de vida, de discriminació o marginació social. Encara que es desenvolupa a l'hospital, el tractament es pot fer durar fins després de produir-se l'alta".

De l'anàlisi de la informació obtinguda en la intervenció, proposa accions orientades a millorar la tornada a casa dels clients hospitalitzats, per la qual cosa exigeix que s'estableixi la coordinació amb l'atenció primària.

El treball social sanitari es recolza en el conjunt de disciplines que aborden el camp social; dins aquestes disciplines i establint un continu que va de les ciències a les tècniques. El treball social sanitari es pot qualificar de tecnologia. En el sentit de Bruge, "és l'enfocament científic dels problemes pràctics".

Se sustenta en coneixements teòrics que proporcionen les diferents ciències socials i també fa servir les tècniques de recerca, programació, intervenció i avaluació, comunes a altres disciplines.

El treball social (també el sociosanitari) s'identifica com una tecnologia social perquè aplica els coneixements de les ciències socials a la realitat, amb la finalitat de transformar-la, i com que enfoca científicament els problemes pràctics, va fent sorgir nous coneixements que, al seu torn, són una aportació a les ciències socials.

Referència bibliogràfica

N. Aylwin; V. Rodríguez (1971). *Qué es el trabajo social en la actual perspectiva histórica chilena*. Santiago de Xile.

El treball social també s'entén com a *procés d'ajuda*. Es defineix com un procés d'ajuda (estratègica, hi afegim nosaltres), ideat per a atendre la persona, el grup o la comunitat en el canvi d'actitud i de comportament dins una particular situació social.

Referència bibliogràfica

H. Trecker (1972). *Social Group Work, Principles and Practices*. Nova York: Association Press.

2.2. Breu ressenya a la trajectòria històrica del treball social sanitari a l'hospital

Encara que n'hem parlat en el primer crèdit, recordem que al metge Richard C. Cabot se li atribueix la creació de la primera plaça de treball social sanitari en el Massachusetts General Hospital de Boston, centre en què exercia de director. Corria l'any 1905.

Les circumstàncies que envoltaven la malaltia –deia– estan molt relacionades amb els seus aspectes socials. Així, als Estats Units es fundaven els primers serveis de treball social sanitari dins els hospitals.

"Ida M. Canon es una de las figuras más representativas del trabajo social sanitario, cuyo legado ha atravesado los tiempos hasta llegar a la época actual. Siempre se le atribuyó a esta primera plaza de trabajo social sanitario, si bien el artículo de Martín Nacman sitúa a Garnet Isabel Pelton como la primera trabajadora social sanitaria de Massachusetts General Hospital. En un texto de 1916, se publica una conferencia pronunciada por Garnet Isabel Pelton en la que cabe resaltar la diferencia que establecía entre trabajo social sanitario y otros tipos de ayuda que podían llegar de la mano de la filantropía y/o cuidadoras clínicas. Señalaba en concreto que el objetivo del trabajo social sanitario era el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento".

D. Colom (2008). "El trabajo social sanitario y la planificación del alta sanitaria". *Revista de Políticas Sociales de Europa* (núm. 25-26).

A Espanya es pot dir que, sia des de l'Insalud o des de les comunitats autònomes –en altres temps províncies, diputacions, ajuntaments–, es van crear les primeres places d'assistents socials, però de manera desigual pel que fa a totes les característiques (emplaçament, dependència orgànica, funcions, etc.).

Les dates de començament a Espanya es remunten a finals de la dècada dels cinquanta, encara que els primers documents fan referència al 1960, i en algunes províncies, les primeres –aleshores– "assistents socials" van actuar en centres de salut mental, els antics psiquiàtrics.

3. Funcions de treball social sanitari hospitalari

Com explica Colom en el llibre *El trabajo social sanitario: atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*, i com ratifiquen els anys d'experiència:

"Al igual que otras actividades hospitalarias, el trabajo social hospitalario se enmarca y desarrolla en un contexto físico específico que atiende a una población definida y no a otra, siendo los límites naturales del hospital los suyos propios".

Les gerències dels hospitals són les que marquen les línies estratègiques de l'establiment, i troben en el servei de treball social sanitari, en el seu cap, un aliat perfecte per a considerar els aspectes socials de les persones malaltes i de les seves famílies o del seu entorn. El cap del servei de treball social sanitari busca i promou la participació de la resta de l'equip de professionals.

D'altra banda, abans de passar a descriure les funcions del servei de treball social sanitari a l'hospital, n'establirem l'**estructura i dependència**:

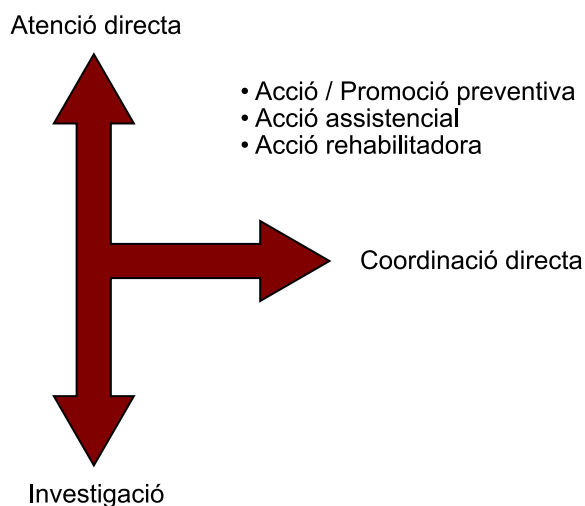
- El treball social sanitari ha de formar part de l'estructura organitzativa de l'hospital, com en altres àmbits de l'hospital (medicina, infermeria, admissió, formació). La referència ha de ser de servei, si bé als hospitals hi ha altres estructures orgàniques: seccions, unitats, departaments. Hi ha una gran diferència entre comunitats autònomes. En algunes són unitat administrativa, en d'altres estatutàries, en d'altres depenen d'affers generals.
- El cap ha de tenir la titulació de diplomad o graduat en Treball Social o si pot ser postgraduat en treball social sanitari o màster en treball social sanitari.
- La dependència jeràrquica ha de ser directa de la direcció-gerència.
- Els treballadors socials sanitaris han de participar en les comissions de l'hospital en què es tingui en compte l'organització de serveis, com la junta tecnoassistencial, i ha de pertànyer a d'altres com, per exemple, la comissió de bioètica, o la de qualitat, o de satisfacció de la població, o d'altres que hi hagi a l'hospital. Cada hospital té les seves pròpies comissions amb conceptes diferents.
- El treball social sanitari ha de disposar de les condicions adequades per al desenvolupament de l'activitat professional, entre les quals hi ha d'haver un despatx individual, a fi de preservar la intimitat i la confidencialitat de les persones ateses, per a tot l'equip de professionals. Aquests despatxos han d'estar situats estratègicament a l'hospital. Els serveis més vinculats al servei de treball social sanitari són oncologia, psiquiatria, neurocirurgia, neurologia, geriatria, urgències, cardiologia, unitat de cures inten-

sives (UCI), traumatologia, i d'altres amb menys freqüència. En les àrees de l'hospital hi ha d'haver un despatx perquè els treballadors socials sanitaris puguin atendre la persona i la seva família en les condicions òptimes d'intimitat i confidencialitat.

- Altres àrees i suports: despatx per al cap, despatx comú per al servei, àrea per a l'administratiu, equip informàtic per a cada professional, connexió a Internet, correu electrònic, línia de telèfon individual, mòbil, arxius, fax, trituradora, minigravadora, fotocopiadora; suport administratiu.
- La ràtio de professionals de treball social sanitari en un hospital s'ha de dimensionar d'acord amb la realitat assistencial de cada hospital, segons els objectius de l'hospital, per a possibilitar una atenció de qualitat, prenent com a base l'equitat i la possibilitat d'accés de totes les persones en la mateixa situació. En cas contrari, no es pot assegurar que tots els ciutadans tinguin les garanties jurídiques i tècniques necessàries per a accedir a la valoració i intervenció del treball social sanitari, mitjançant els procediments i les tècniques recollits en la cartera de serveis del servei de treball social.

La mesura de càlcul s'ha de fixar a partir dels processos sanitaris atesos en l'establiment, i no pas en funció dels llits, que, com que depenen de la rotació, poden ser un fals indicador. Cal diferenciar producció d'ocupació de llits o altes hospitalàries, encara que representin un indicador important en la gestió de l'hospital.

- El treball social ha de tenir sempre, en els permisos vacacionals o en d'altres, personal qualificat, treballadors socials sanitaris que assumeixin la substitució i garanteixin així continuïtat i seguiment dels casos socials sanitaris en curs.
- Les funcions que es duen a terme des de fa molts anys han estat i són les mateixes que fa el personal sanitari segons la Llei de professions sanitàries: assistència, docència i recerca.



Funcions del treball social sanitari segons la Llei de professions sanitàries

3.1. Funció assistencial

Sempre seguint el **procediment** corresponent, i tenint en compte que cada part té les seves activitats (entrevistes, documentació o gestions), té les parts següents:

- La valoració sociofamiliar, el diagnòstic social sanitari, el pla de treball i el tractament.
- La intervenció social a partir del diagnòstic social sanitari.
- La coordinació amb altres àmbits.
- La informació, l'orientació dins les necessitats del cas, però no com la que desenvolupa el servei d'atenció a l'usuari.
- La gestió.
- La derivació.

3.1.1. La valoració sociofamiliar i el diagnòstic social sanitari

Convé precisar la situació sociofamiliar de la persona malalta amb carències o dificultats socials derivades del seu problema de salut.

Els objectius de la valoració sociofamiliar són els següents:

- Identificar i definir les necessitats o els problemes, els factors de risc sanitari i social causals, limitadors o afavoridors, sempre en el context de la persona malalta i en temps real.
- Valorar els factors psicosocials: com viu el problema de salut, com l'afecta, quines repercussions té (personals, emocionals, familiars), la seva capacitat d'afrontament, els graus d'estrès.
- Determinar conseqüències socials, derivades del procés de malaltia, en tot el ventall: personals, emocionals, familiars, etc.

- Integrar el **diagnòstic social sanitari** en la història informatitzada de treball social sanitari amb la finalitat de dissenyar el tractament integral.

El procediment de la valoració sociofamiliar consta dels passos següents:

- Anàlisi de la procedència i de la justificació de la demanda.
- Entrevistes d'estudi i de valoració amb la persona malalta, familiars o persones pròximes o de l'entorn.
- Observació directa de la persona malalta.
- Contactes amb personal sanitari del centre.
- Ús dels suports documentals: història clínica informatitzada, per exemple.
- Interconsultes a professionals de treball social que participen en la valoració de la situació i que es considera que poden completar el diagnòstic i el tractament social (interhospitalari i extrahospitalari).
- Anàlisi dels documents aportats (informes socials, per exemple).
- Valoració de la necessitat detectada i identificació del sistema de suport social (recursos formals) o teixit social (recursos informals).

És important incorporar a això el plantejament que fa Colom:

a) Atenció professionalitzada individual (prediagnòstic). Intervenció reactiva:

- Puntual, d'immediatesa.
- Satisfà la demanda.
- Es pot derivar o ha de derivar a un altre servei.

No desapareixerà mai, ha de ser només puntual, tendint a treballar proactivament, és a dir, avançant-se a les situacions. Que no hi hagi demanda no vol dir que no hi hagi carència o necessitat o problema. Cal bandejar per complet la idea que el que molesta és el problema social i que l'han d'atendre els professionals que "pertanyen" a benestar social.

b) Atenció enclavada en un procediment de cas amb diagnòstic social sanitari:

- Busca un canvi proactiu.
- Estudia la demanda, a la qual es veu com a porta d'entrada a l'anàlisi en profunditat.
- Estudia, del que és immediat, la causa d'aquesta interrupció vital recolzant-se en els procediments.

- Avalua els canvis.

3.1.2. Intervenció psicosocial des de treball social

El suport *psicosocial*: tècnica que, de manera resumida, consisteix a situar la persona en el seu entorn i des d'allà potenciar-ne els aspectes positius perquè per si mateixa pugui afrontar la seva realitat vital, i fins i tot modificar-la.

"Una crisis según como se resuelva puede ser causa de crecimiento personal. Afrontar una crisis va a depender de la intensidad, del diagnóstico, del soporte, de las características propias de la persona, de los recursos económicos, de la edad [...]"

D. Colom. *El trabajo social sanitario* (pàg. 19).

En el camp sanitari, els treballadors socials sanitaris atenen les carències socials que han aparegut o han augmentat per la presència de la malaltia.

Un ingrés hospitalari pot donar lloc a una sèrie de conseqüències que provoquen patiment (de vegades molt intens) i que tenen com a efecte que la persona ingressada i la seva família o el seu entorn visquin una situació de vulnerabilitat en totes les àrees de la seva vida, entenent per *vulnerabilitat* la falta d'habilitats que estan marcades per la trajectòria personal i familiar i pel context en què es troben. Totes aquestes situacions provoquen, sense cap dubte, un desajustament personal i familiar difícil d'assumir i afrontar, de manera que es requereix el suport professional que col·labori en la clarificació i en l'afrontament de la situació.

No s'ha de començar de seguida per la prestació del suport, per la intervenció d'ajuda, sinó que primer s'ha d'escoltar amb calma; se sap que a l'hospital predomina la pressa i la immediatesa, però des del treball social sanitari ajudem a buscar la solució més adequada, i això requereix calma i desenvolupar tècniques d'acolliment des del primer contacte. Sabem que les estades hospitalàries són curtes, i aquí hem de prendre decisions difícils i en poc temps, però la persona atesa no ha de sentir la pressa ni la pressió. Per a fer-ho hem de tenir en compte els punts següents:

- Hem de fer servir el nom de la persona en l'entrevista que li fem.
- Ens hem de posar en contacte de seguida amb la família, amb l'autorització prèvia de la persona malalta.
- Hem de contactar tan aviat com puguem amb les fonts de cooperació fora de la família, recursos socials formals o informals.
- Hem d'acudir a les fonts necessàries per a interpretar la situació i elaborar el diagnòstic social sanitari.
- Hem de descriure les accions que correspongui emprendre. No es pot intervenir sempre en tot el que es detecta, de manera que cal tenir molt clar

que en un àmbit terciari com l'hospital es poden dur a terme moltes activitats, però també hi ha moltes situacions en què la derivació amb qualitat (informada i coordinada) és el més important.

La immediatesa, com hem dit més amunt, condiona el treball, i per això té una gran importància abordar situacions fent servir claus d'entrevista, per no perdre l'objectiu de l'entrevista mateixa, que no ha de ser "eterna", sinó que té els seus temps. Més enllà de cert temps, no és eficaç, ni professional. Perd l'objectiu per al professional i per a la persona atesa.

Les invitacions obertes com "a veure, expliqui'm" poden fer que l'entrevista s'allargui massa. Val més fer servir altres fórmules: "en què el puc ajudar?", "quina dificultat li sembla que té?", "què li fa falta?", "em vol parlar sobre altres coses?".

És adequat acabar les entrevistes demanant el següent: "té cap dubte?, em vol preguntar alguna cosa?".

Si considerem que hi ha altres qüestions que no aborda la persona, cal preguntar-les: "em sembla que hi ha altres coses que el preocupen; com el puc ajudar?".

Els objectius són els següents:

- Facilitar a la persona o la família la intervenció professional que l'ajudi a recuperar i mantenir l'estabilitat, i també servir de suport perquè pugui ser conscient de la seva capacitat d'autonomia i la desenvolupi, i perquè pugui resoldre i canalitzar els problemes o les dificultats que presenti. Per a fer-ho, cal facilitar l'expressió del problema, amb tècniques de comunicació, per a prendre'n consciència.
- Afavorir que la persona i la seva família o el seu entorn estiguin tranquils, que se sentin segurs malgrat la gravetat de la situació, que confiïn en els professionals de l'hospital, proporcionant-los elements que ho facilitin: informació, orientació, etc., tant de l'estructura i del funcionament de l'hospital com dels professionals i de la dinàmica del centre.
- Potenciar i facilitar la comunicació entre la persona, la família i la resta de professionals dels serveis de l'hospital.
- Facilitar, promoure i acompanyar en l'adaptació a la nova situació, potenciant recursos personals o familiars o construint els que facin falta en totes les seves necessitats.
- Prevenir o intervenir en les causes del patiment, les preocupacions que el causen, i saber detectar les prioritàries per a la persona i la família.

- Ensenyar habilitats de maneig a la família per a conduir i controlar la situació que se'ls ha presentat.

De suports psicosocials que duen a terme treball social sanitari a l'hospital n'hi ha molts i molt variats: acompanyar en la presa de decisions, ponderar el rol d'algun membre de la família, predol i dol, prevenir situacions de risc, fomentar la participació de la família en la presa de decisions terapèutiques, atendre membres vulnerables (cuidadors, menors, etc.). És molt important que els que es duguin a terme s'escriuin, i els altres professionals els coneguin.

En el procediment, cal tenir en compte l'aplicació de les tècniques professionals següents:

- Tenir una relació d'ajuda.
- Fer una escolta activa.
- Comunicar-se.
- Fomentar la motivació i les habilitats de maneig.
- Mobilitzar recursos personals o familiars i de suport social.
- Intervenir en dificultats familiars.
- Determinar si el desajustament el pot tractar el professional de treball social sanitari o si necessita altres intervencions professionals, cas en què s'ha de fer la derivació corresponent, per exemple a psicologia.
- No fem referència a aspectes d'ètica perquè els hem abordat en el crèdit anterior; només recordeu que n'hi ha d'haver en totes les intervencions de treball social sanitari: l'ètica és una cosa transversal en la intervenció.

3.1.3. Coordinació

Pot començar en la primera fase del procediment i durar fins a l'alta hospitalària.

Es considera que un cas és coordinat, segons Amy Gordon (1951), quan la intervenció és treballada des del principi per dos professionals o més, sia socials o sociosanitaris.

Hi ha dos tipus de coordinació:

1) Interhospitalària

Serveis mèdics i unitats d'infermeria: la manera pràctica i eficaç de fer que el treball social sanitari estigui integrat en l'equip assistencial de l'hospital és "acudir" a les sessions amb els especialistes i la infermeria, com a mitjà per a planificar de manera interdisciplinària la feina que cal fer, la planificació de l'alta hospitalària.

Hi ha alguns serveis mèdics en què queda especialment justificada la presència del treballador social sanitari amb dedicació completa, com neurologia, geriatría, UCI, psiquiatria, traumatologia, neurocirurgia, diàlisi, oncologia, coronàries o cirurgia vascular. Això està justificat pel principi inspirador de l'atenció integral i per les complexitats sociosanitàries de les situacions que es presenten.

D'altra banda, el treball social sanitari, per la seva formació i emplaçament a l'hospital, té capacitat d'establir la coordinació entre serveis i professionals; en termes sanitaris es considera que té una funció "suturadora" (Colom), i s'hauria de reconèixer com a tal.

Uns altres serveis amb els quals es pot mantenir una coordinació acordada són els de facturació, admissió i atenció al pacient.

2) Extrahospitalària

A més de la coordinació interhospitalària necessària per a fer la intervenció de treball social sanitari, moltes vegades cal treballar de manera coordinada amb altres instàncies, com ara atenció primària o altres recursos socials o sanitaris.

3.1.4. Informació i orientació

L'assistència integral dins el sistema sanitari comporta dur a terme les accions necessàries perquè la ciutadania pugui conèixer tots els recursos de què disposa la comunitat i accedir-hi. La informació i l'orientació en el treball social sanitari obeeix a un estudi previ del cas social sanitari, i dins aquest, sia amb el diagnòstic social sanitari elaborat o amb un prediagnòstic social sanitari, s'informa i s'orienta la persona. El servei de treball social sanitari no és un servei d'informació.

Els objectius són els següents:

- Facilitar els canals i circuits d'accés a la informació.
- Identificar i proporcionar els recursos que no coneix la persona hospitalitzada o la família.

El procediment es fa amb la tècnica de l'entrevista:

- Informar i orientar sobre els drets, deures i recursos socials, sanitaris i sociosanitaris que hi ha i també sobre la manera d'accedir-hi i de fer-los servir adequadament.

3.1.5. Gestió d'accés a recursos i prestacions

Hi ha situacions de precarietat i necessitat per a les quals, una vegada diagnosticades i establert el tractament clínic i social que cal seguir, es requereix activar recursos socials, sociosanitaris i comunitaris com a resposta al problema plantejat.

Els objectius són els següents:

- Possibilitar la rehabilitació i integració de l'individu en el seu entorn habitual de procedència.
- Garantir la continuïtat de les cures amb l'ingrés en centres sanitaris o residencials, en els casos en què és inviable tornar al domicili de procedència.

El procediment és el següent:

- Informació i assessorament a la persona malalta, a la família o persones pròximes de les característiques dels recursos disponibles.
- Ajuda i orientació per a emplenar els impresos necessaris per a sol·licitar recursos socials (serveis i prestacions), resoldre tràmits, etc.
- Gestió activa per a preparar l'expedient –o actualització de la documentació i informació de tràmits que ja s'han començat– i tramitar-lo per a sol·licitar el recurs considerat idoni en el disseny del tractament social.
- Gestió directa (en el cas de persona malalta sense suport o en els casos en què els recursos personals no li permetin actuar per si mateixa o hi hagi dificultats familiars) per a sol·licitar recursos socials, resoldre tràmits, etc.

És important diferenciar entre *gestió* i *administració* (Colom):

"Gestión en el sentido amplio es el camino que sobre la base del método científico permite adecuar a los servicios y programas asistenciales que se van creando a las nuevas realidades presentes a la vez que permiten prever a medio y largo plazo las tendencias futuras. Gestión es sinónimo de flexibilidad".

Administració: consisteix a aplicar normatives, gairebé sempre rígides, que solen ser impossibles de modificar encara que la realitat ho exigeixi (per exemple, prestacions del sistema sanitari, que són drets conceptualment iguals per a tothom, encara que de vegades hi ha excepcions fonamentades). Aplicar una normativa no vol dir atendre necessitats, perquè ni tan sols garanteix que s'atendrà, perquè pot passar que una vegada col·lapsat el servei comenci una llista d'espera i provoqui una possible discriminació.

D. Colom (2007). "La gestión de la atención sociosanitaria". A: J. Villalobos. *Gestión sanitaria para los profesionales de la salud* (pàg. 83-95). Madrid: McGraw-Hill.

3.1.6. Derivació

Gordon explicava la derivació:

“Cuando una agencia A termina el tratamiento y trasfiere el caso coordinado a otra agencia B. Transferir el caso significa propiamente hacerlo con el consentimiento de la persona, entre trabajadoras sociales compartiendo el diagnóstico y tratamiento. Entonces ya hacía referencia, a su manera, al consentimiento informado actual”

És a dir, la derivació es fa a partir de l'**alta hospitalària**.

L'alta hospitalària ha de deixar de ser un procediment administratiu per a considerar-se un procediment assistencial interdisciplinari, molt concret, que comença a definir-se en l'ingrés, en alguns casos fins i tot abans, com quan aquest ingrés es programa, i s'acaba quan la persona torna a casa seva.

El fet de tornar a casa implica tenir cobertes les necessitats psicosocials, materials o assistencials de la persona ingressada i del seu nucli de convivència. Com hem dit més amunt, no cal treballar **totes** les necessitats que es plantegin, sinó els aspectes que obstaculitzen l'alta i que impedeixen a la persona treballar amb els seus propis recursos en la cerca d'alternatives. A tall d'exemple, una persona amb diagnòstic d'accident cerebrovascular (ACV), que necessita ajudes tècniques, se'n pot anar amb l'alta sense la gestió d'aquestes ajudes, sempre d'acord amb la persona, si ha resolt bé el seu procés emocional d'adaptació a la nova situació i ella mateixa s'estima més buscar les alternatives a l'ajuda tècnica a casa seva.

Una derivació adequada és bàsica per a la continuïtat, i en aquesta derivació l'instrument adequat és l'informe de treball social sanitari (D. Colom. *La planificación del alta hospitalaria* [Exhaurit]).

Assenyalem que la principal funció en la intervenció des del treball social sanitari és *educativa*, en qualsevol de les intervencions (individual, familiar, grupal, comunitària), perquè té la finalitat que les persones aprenguin a prendre les seves decisions de manera autònoma respecte a la cura de la seva salut.

Precisament pel fet de ser educador, el recurs més bo que té el treballador social sanitari és ell mateix, la seva pròpia capacitat. Així, s'ha de centrar en la persona a qui atén, ha de mostrar respecte pels seus valors i creences i li ha de permetre de prendre les seves pròpies decisions, de manera que fomenti la seva autonomia i participació.

El treball social sanitari, com a forma d'acció social, conscient, organitzada i dirigida, es duu a terme en l'àmbit individual, familiar, grupal i comunitari. Com que aquestes quatre realitats són diferents les unes de les altres, ens trobem amb pautes d'estudi diferents per a cadascuna. Així, el mètode de treball social sanitari aplicat té la seva especificitat en cadascuna de les intervencions i en la selecció de les tècniques més adequades.

Aquí es pot fer un esment especial de Montserrat Colomer, coneguda pel seu treball en el desenvolupament del *mètode bàsic de treball social* com l'instrument per al coneixement, la interpretació, la planificació i l'avaluació de la realitat.

3.2. Funció de recerca

Sense recerca no hi ha cos teòric, no hi ha avaluació. És molt important per al desenvolupament del cos teòric del treball social sanitari col·laborar i participar en estudis de recerca.

Aquesta recerca es pot abordar des de diferents àmbits:

- a) L'atenció primària.
- b) L'atenció al pacient –grau de satisfacció (hi ha hospitals en què això ho treballa la comissió de qualitat).
- c) El mateix servei o unitat de treball social sanitari amb recerques concretes i les dades recollides cada mes o cada any.
- d) La universitat.

I sempre amb el vistiplau de la direcció, respectant escrupolosament la llei (confidencialitat, protecció, dades nominals disgregades, etc.).

3.3. Funció docent

Docència:

- Assistència o participació en cursos, jornades, seminaris.
- Xerrades que s'organitzin des de la direcció.
- Col·laboració en publicacions relacionades amb salut i treball social.
- Recopilació i organització de documentació i bibliografia.
- Col·laboració amb la universitat, amb el departament de treball social.

Si no n'hi ha, cal fomentar el conveni amb la universitat i el sistema sanitari perquè es reconegui l'activitat docent del servei i es remuneri els professionals de treball social sanitari i el mateix hospital, com passa amb les àrees mèdiques i les d'infermeria.

L'autoformació és imprescindible i bàsica per a poder donar resposta a l'activitat professional diària, i això només depèn de cada professional.

3.4. Capacitat i perfil dels treballadors socials sanitaris a l'hospital

Capacitat (DRAE): "Aptitud, talento, cualidad que dispone a alguien para el buen ejercicio de algo".

Si entenem la capacitat professional com els recursos personals i les aptituds que ha de tenir un professional per a exercir la feina, en el cas dels treballadors socials sanitaris, aquesta capacitat s'emmarca en un perfil que no es mesura en les oposicions:

- Han de ser dinàmics i tenir iniciativa pròpia. Han de mostrar creativitat professional: partint del fet que el cap ha de marcar les línies generals del servei i conèixer el contingut del treball dels professionals, es pot fer compatible amb això la creativitat i la independència de les seves actuacions i fer propostes de millora.
- Han de ser responsables. La responsabilitat va inclosa en el contracte de treball, i per això s'afegeix el *sentit* de la responsabilitat envers la persona atesa i envers la feina que fa, com a imatge d'una institució pública. Entre altres coses, han de tenir respecte, no han de fer servir termes i expressions inadequades com "tinc una persona ingressada", "el meu hospital", han d'anul·lar els adjectius possessius. És important emprar una terminologia tècnica pròpia de treball social sanitari, com un llenguatge i una redacció diferenciats d'altres professions. La taxonomia és la ciència que tracta dels principis, els mètodes i les finalitats de la classificació. També té importància el llenguatge, la manera d'expressar-se, l'estil, la manera concreta de parlar i d'escriure de cada persona –professió, en aquest cas– o disciplina. Si és fàcil reconèixer que s'ha redactat un text en medicina, també ho ha de ser en treball social sanitari.
- No s'han d'encallar en conflictes de comunicació amb altres professionals. Al contrari, han de fer servir tècniques per a millorar-hi la relació.
- Han d'emprar una terminologia tècnica, pròpia del treball social sanitari. La taxonomia és la ciència que tracta dels principis, els mètodes i les finalitats de la classificació. Té una gran importància el llenguatge, la manera d'expressar-se, de saber sintetitzar. Si és fàcil reconèixer un text escrit per un metge, també ho ha de ser quan ho fa un treballador social sanitari. No és fàcil, i es té tendència a "llargues redaccions".
- Han de presentar habilitats de negociació i mediació.
- Han de mostrar interès i curiositat professional.
- Han de ser tolerants davant la frustració. Han de manejar l'estat emocional propi, la catarsi, abans que hi pugui repercutir físicament i psicològi-

cament. Han de tenir possibilitat de supervisió, especialment en alguns serveis, com UCI o oncologia.

- No han de començar una escalada verbal amb les persones ateses, perquè no resolen mai la situació. No l'han de fer sentir mai culpable encara que pensin que tenen "raó". No han de ratificar ni verbalitzar les crítiques que facin d'altres professionals. Sí que han de manifestar, però, per exemple, pensaments com aquest: "Veig que està molt enfadat".
- Han de tractar sempre de vostè, al principi, totes les persones; més endavant, si ho autoritza la persona, el tracte en pot ser un altre. L'empatia no ha pas de ser tractar-les de tu. Han de saber tècniques de maneig de situacions difícils i tècniques de comunicació, han de basar la intervenció en la qualitat relacional.
- Han d'actuar amb immediatesa. Han de ser àgils en la recerca, han de saber registrar amb eficàcia. És la dinàmica de l'àmbit hospitalari, i que acompanya l'activitat diària. N'han de ser conscients, d'això, i han de fer que aquesta recerca sigui compatible amb el fet que no es converteixi en estrès i que alhora sigui científica.
- Han de saber manejar l'estrès. L'àmbit hospitalari és estressant, no solament per a les persones i les seves famílies, sinó també per als professionals; per això té una gran importància saber tècniques de catarsi personal i tenir supervisió.
- Han de saber sintetitzar situacions i transmetre informació esquemàtica. No cal informar de *tot* el que se sap de la persona. Han de fer servir diagnòstics sociosanitaris. I terminologia professional. El temps és una eina de treball que cal saber distribuir, a part del fet que hi ha dades que no aporten res a altres professionals a l'hora de fer un treball interdisciplinari.
- Han de tenir interès per preguntar el que no saben, per a evitar informacions errònies i també per a aprendre de l'experiència. Alhora han de saber compartir situacions noves i abordar-les amb la resta de l'equip.

3.5. Valors com a propietats de l'activitat professional del treball social sanitari

3.5.1. L'atenció individualitzada

Un ingrés hospitalari repercuteix de manera general en els àmbits següents:

- Familiar: des del fet que es poden alterar els rols dins la família fins a la dinàmica de la família mateixa, passant per sobrecàrrega, preocupació (aug-

menta la tensió, de vegades no estan en condicions d'escoltar res), cansament (síndrome del cuidador, que repercuteix en la relació de parella, la relació amb els fills, els projectes propis, la salut mental, etc.).

- Laboral: incapacitat, abandó o risc de pèrdua, o repercussió en els estudis dels fills.
- Econòmic: un ingrés hospitalari comporta a la família despeses extraordinàries, per molt a la vora que sigui l'hospital.
- Afectiu: especialment si hi ha menors, adolescents o altres membres de la família dependents, o vulnerables a l'absència d'un dels pares, o cuidadors, i també la mort d'un ésser estimat.

Un ingrés hospitalari, fins i tot els programats o de curta durada, és una situació de crisi, de por, d'inseguretat.

Per tant, això dóna fonament a diverses comeses del professional del treball social sanitari:

- Treballar amb empatia i sensibilitat davant circumstàncies que poden provocar desajustaments situacionals (diagnòstic irreversible, desconeixement de la família de les cures que cal fer o dels recursos que hi ha, etc.), considerant l'ingressat una persona única en cada moment, respectant la seva dignitat i també el seu procés individual.
- Col·laborar a atendre una persona hospitalitzada no vol dir només subministrar fàrmacs, o intervenir quirúrgicament, sinó també saber fer escolta activa, comunicació interpersonal, considerant-les un mitjà terapèutic, és a dir, una professió, amb el propòsit d'acompanyar-la durant el procés i alleujar-li el patiment.
- Permetre que es verbalitzi un problema, un conflicte, és fer un pas en l'aclariment de la situació, i amb això es comença a sentir la sensació d'acolliment.
- Tenir present que, partint de la base del seu dret d'autonomia, la seva valoració i presa de decisions és essencial, i també la seva autorització per a altres gestions o intervencions.

Per a poder fer intervenció individual o familiar cal saber *teoria i tècniques de comunicació*, cal saber els elements que intervenen en la comunicació, com es pot millorar, per què fracassa.

L'hospital és un lloc de tensió, d'incertesa, de manera que sempre cal intentar mantenir una comunicació tranquil·la, que afavoreixi l'entesa amb la persona ingressada i els qui l'envolten, els quals moltes vegades no tenen l'estabilitat emocional per a entendre el que se'ls diu.

Des del treball social sanitari, com a professionals, hem de tornar a emfatitzar la importància de les tècniques de comunicació aplicades com una cosa bàsica (les descriurem tot seguit), entenent no solament el llenguatge verbal, sinó també el gestual (segons la teoria dels sistemes, llenguatge corporal, no verbal) i afavorint l'empatia. S'ha de conèixer la professió, entre altres coses, per a facilitar la comunicació entre les persones ateses i els professionals:

- Procés de resolució de problemes.
- Tècniques de transmissió d'informació i suport emocional.
- Habilitats professionals en la intervenció.
- Tècnica bàsica de primera entrevista.
- Coneixement de zones d'hipersensibilitat entorn de la mort o del fracàs.
- Tècnica de tractament segons Florence Hollis.
- Tècnica de desenvolupament d'habilitats.
- Entrevista de mediació.
- Tècnica de capacitació, d'expressió, d'anàlisi, de desenvolupament d'habilitats.
- Etcètera.

3.5.2. L'atenció integral

En l'atenció integral cal destacar els aspectes següents:

- La intervenció des del treball social sanitari ha d'estar dirigida a la persona, entesa com la unitat biopsicosocial, tenint en compte la interrelació que hi ha entre les diferents dimensions de l'ésser humà, i també la interdependència que hi ha entre la persona i l'ambient total.
- La família de suport, per ella mateixa, forma part del tractament, i no hi és solament perquè "obeeixi" les indicacions de cura que requereix la persona malalta, sinó que també l'hem d'atendre, de cuidar.

En la intervenció amb actuacions integrades:

- Hem d'evitar de centrar l'actuació en l'aspecte purament assistencial o curatiu. La pràctica professional s'ha d'orientar des d'una perspectiva constructiva que abrasi tot el que comporti el tractament, la intervenció, i també la coordinació entre àmbits. La persona és un tot, i la interdisciplinarietat fa falta per a atendre de manera integral.

Referència bibliogràfica

M. E. Woods; F. Hollis (2000). *Casework. A Psycho-social Therapy*. Boston: McGraw-Hill.

3.5.3. El treball en equip

Dins el servei de treball social sanitari, avui dia és comú afirmar que l'experiència i l'esforç del conjunt sempre són superiors als d'una persona sola.

Tenint en compte la importància d'aquest criteri, el servei de treball social sanitari considera el treball en equip una *necessitat bàsica*, i així s'ha de treballar, en aquest sentit, per aconseguir que cadascun dels components aportí les seves informacions i competències, i també les formes i modalitats pròpies de la seva activitat, i les integri en l'esforç comú amb la finalitat d'enriquir el conjunt, de manera que faciliti l'alternativa dels problemes i la presa de decisions, i contribueixi a assolir els objectius de l'equip.

Això facilita que, quan un professional no sigui a l'hospital, la persona atesa no noti res en la continuïtat de l'atenció. Per tant, hem d'evitar documentacions i arxius individuals. La persona, el client, és el centre, el protagonista del sistema sanitari. Cada professional aporta la seva creativitat professional, però la relació amb els serveis no ha de canviar depenent de qui treballi, sinó que s'ha de donar resposta com a feina del servei de treball social sanitari.

Recomanem que les places de treball social sanitari no estiguin assignades "laboralment" (plaça en propietat) a cap servei mèdic. Cada professional del servei ha de tenir coneixements i, per tant, ha d'estar en condicions d'atendre qualsevol servei en diferents moments. Lògicament, la dedicació diària a un servei mèdic implica un coneixement més gran. Atenent, però, a l'estructura i el funcionament dels nostres serveis actuals, assenyalem la importància d'elaborar els manuals de funcionament en cada servei (estructura, dinàmica, contingut, patologies, etc.) que afavoreixin que qualsevol professional del treball social sanitari pugui continuar l'atenció. Aquest marc pot canviar en el moment en què creïn especialitats dins el mateix treball social sanitari, com hem assenyalat en els crèdits anteriors.

Per això és tan important també generar documents (procediments, processos, protocols) i arxius comuns, i tot plegat, sempre, amb suport informàtic.

Hem d'aclarir la relació amb els diferents serveis mèdics, unitats d'infermeria o altres serveis de l'hospital, com admissió i atenció al pacient.

L'eina operativa de la interdisciplinarietat és el treball en equip, és a dir, professionals de diferents disciplines que treballen en el mateix espai, que són davant de necessitats o situacions que cal resoldre i que treballen amb objectius comuns, mètodes complementaris, i estan obligats a fer-ho de manera cohesionada.

Avui dia les situacions que s'atenen als hospitals són molt complexes, i per això cal abordar-les des d'un equip interdisciplinari. La complexitat dels casos no es pot afrontar des d'una sola disciplina, però no és fàcil canviar del mètode individual al mètode en equip. Per a treballar en equip cal tenir en compte els punts següents:

- S'han de distribuir les tasques i saber qui és responsable de cadascuna.
- Cal interessar-se per les tasques dels altres.
- S'ha de tenir capacitat d'avaluació, sense sentir-se criticat.
- Fa falta algú, amb capacitat d'avaluar, responsable de les accions següents:
 - Reconèixer resultats.
 - Demanar suggeriments.
 - Explicar què es fa i per què es fa.
 - Facilitar alternatives.

Particularitats del treball en equip:

- Es comparteixen responsabilitats i preses de decisions.
- Hi ha congruència informativa envers la persona ingressada i la família o el suport.
- Es redueix la incertesa de la persona ingressada i de la família.
- Augmenta la participació, i per tant facilita l'adaptació de la persona ingressada a la nova situació.
- Millora la coordinació entre àmbits.
- Es millora la qualitat relacional, i per tant la qualitat assistencial.
- S'aconsegueix satisfacció professional.

Dificultats de treballar en equip:

- Jerarquització.
- Estructures rígides.
- Falta de temps i, de vegades, organització inadequada.
- Desconeixement de l'àmbit de treball dels altres.
- Cal canviar actituds, aptituds i hàbits vells.
- En una concepció actual de l'atenció sanitària, caracteritzada pel binomi assistencial-biològic (encara que en la teoria i en la documentació consti biopsicosocial), és treballós funcionar com un equip. Sol passar que n'hi ha un que és el més generós.

Els avenços solen ser qualitatius i molt lents, i davant la falta de suports establerts per a això, solen dependre d'actituds personals, que fan falta, però s'ha d'intentar treballar en equip des de la seva concepció teòrica, i arribar a acords de coordinació –programa de la planificació de l'alta hospitalària o d'altres (Colom).

No és una utopia, és un mètode de treball diferent de l'actual que repercuteix positivament en els professionals i especialment en les persones que s'atenen.

4. Funcions del cap del servei del treball social sanitari a l'hospital

En el treball social sanitari hi ha diferents àrees: àrea de processos, àrea de gestió de recursos humans, àrea d'informació i estadística, àrea de formació i docència, àrea de qualitat.

No és el mateix *cap* que *coordinador*. La competència general del cap és gestionar el servei de treball social sanitari en tots els àmbits, preferentment amb el suport i l'avaluació de la direcció-gerència, entenent que el servei de treball social sanitari depèn directament de la direcció-gerència.

Funcions del cap del servei de treball social sanitari a l'hospital:

a) Planificar:

- Identificar les necessitats per a preveure els canvis adequats i contribuir a la racionalització de recursos.
- Traçar els programes d'acció, establint les línies generals i escollint procediments específics.
- Elaborar sistemes d'informació i de registre de dades.
- Fixar els objectius anuals del servei.
- Representar el servei de treball social sanitari dins i fora de l'hospital.
- Establir el calendari de vacances, segons les indicacions del departament de personal, i també tot allò que concerneix la situació laboral (baixes, permisos, etc.).

b) Organitzar:

- Agrupar i classificar els processos d'intervenció social.
- Plantejar el sistema d'ordenament dels suports documentals usats.
- Distribuir les tasques i assignar responsabilitats entre els professionals.
- Promoure la formació continuada partint de la base de la formació individual i del currículum dels professionals.

- Fomentar la docència amb estudiants.
- Impulsar la recerca.

c) Avaluar:

- Analitzar el treball social sanitari que s'ha fet, supervisant periòdicament el grau de compliment dels objectius plantejats.
- Dissenyar les línies generals per a elaborar la memòria anual d'activitats i valorar l'explotació d'indicadors de gestió mensuals.
- Elaborar projectes de recerca sobre qüestions que es considerin necessàries.
- Avaluar la qualitat assistencial del servei.

5. Funcions del personal administratiu del servei de treball social sanitari

En el desenvolupament de l'activitat professional del treball social sanitari hi ha implícit cobrir certes tasques administratives, com en qualsevol altra professió, però això és molt diferent de complir funcions de professional administratiu. L'activitat professional, entre altres coses, obliga els professionals a moure's constantment fora del servei, de manera que es requereix un administratiu a jornada completa que faciliti els aspectes següents:

- Rendibilitzar el temps.
- Disposar de la informació registrada en temps real.
- Tenir un suport d'instruments en la unitat que, per exemple, faci més eficient el treball.

Les seves funcions es duen a terme pensant en els professionals del servei, en els serveis de l'hospital i en les persones que es dirigeixen al servei. Per a això fan les tasques següents:

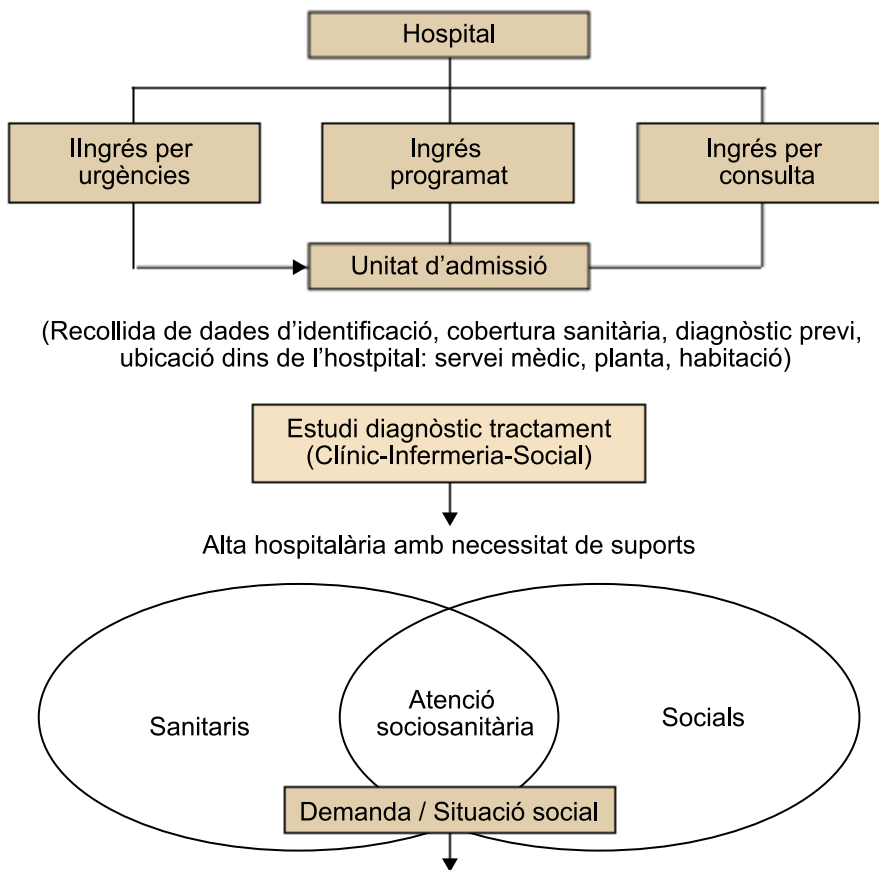
- Agafar les trucades de telèfon, i també recollir les demandes que arriben al servei, imprimir fitxes d'ingrés i coordinar-les de manera personal o telefònica amb els professionals i informar adequadament el qui ha fet la demanda. És molt important que tinguin capacitat d'*acolliment* a les persones que arriben a la unitat, i també de comunicació per a saber percebre les demandes que fan i orientar-les. El tracte que han de donar és de vostè, tret que els autoritzin en sentit contrari.
- Facilitar al matí informació de la base de dades a tots els professionals respecte als ingressos que s'han fet en els serveis mèdics i altres incidències. Repartir correspondència i distribuir fulls d'interconsulta.
- Col·laborar a tramitar gestions dins i fora de l'hospital: enviar o rebre faxos, fer fotocòpies, ajudar a resoldre dificultats dels programes informàtics, donar suport als trasllats.
- Formalitzar les comandes al magatzem per ordinador.
- Redactar escrits per ordinador.
- Mantenir organitzat el servei:
 - Sol·licitar impresos o altres documents dins i fora del servei.
 - Arxivar els impresos i els altres documents.
 - Comprovar el material d'oficina: folis, tòners, etc.
 - Manejar l'ordinador i la impressora, avisar el servei d'informàtica.

- Mantenir actualitzada la guia de recursos socials a la base informàtica.
- Organitzar suports documentals, com fullets, actes, escrits rebuts i enviats.
- Mantenir l'arxiu bibliogràfic comú actualitzat, i també llegir els butlletins oficials i informar els professionals.
- Cuidar-se del registre i control del programa de trasllats a centres hospitalaris o residencials.
- Manejar la història informatitzada de treball social sanitari. Transcriure en les històries el que han gravat els professionals en el dictàfon.
- Elaborar informes de treball social sanitari per indicació dels professionals del servei.
- Portar les dades estadístiques: explotació temporal de les dades de la història informatitzada de treball social sanitari:
 - Mensual: indicadors de gestió per professionals.
 - Semestral: preparació progressiva a la memòria anual, preparació dels gràfics, etc.
 - Anual: memòria definitiva anual.
- Cuidar-se de les dades que facilitin la feina de cada dia dels professionals i de les que el cap els indiqui dins les seves competències. I, igual que la resta de professionals, els administratius estan sotmesos al secret professional i a la confidencialitat de tot el que duguin a terme en el servei.

6. Circuit de la intervenció del treball social sanitari

La intervenció individual o familiar en l'àmbit hospitalari exigeix un plantejament de coordinació obligatòria amb l'atenció primària del sistema sanitari, i fer servir com a instrument bàsic l'informe de treball social sanitari en l'alta hospitalària. Aquest informe és un indicador de qualitat.

La persona atesa no està interessada en els límits que hi pugui haver establerts entre atenció primària i atenció especialitzada. Vol ser atesa, vol suport en la cerca de les alternatives que necessiti, vol evitar de patir; per això l'obligació professional és establir la coordinació amb l'atenció primària sanitària.



Circuit bàsic de la intervenció des del treball social sanitari

| Procedència | |
|---|--|
| Interna | Externa |
| <ul style="list-style-type: none"> • Projecte de treball social sanitari • Serveis mèdics, unitats d'infermeria, servei d'admissió, facturació. Altres: farmàcia, zelador • Persona, infermeria, família | <ul style="list-style-type: none"> • Sistema sanitari • Centre de salut • Centres de salut mental • Serveis socials • Altres recursos comunitaris |

| Intervenció | | | |
|--|---|--|---|
| Priorització | Criteri | Procés sanitari – procediment o protocol socio sanitari | Derivació |
| <ul style="list-style-type: none"> • Traumatologia • Neurocirurgia • Neurologia • Geriatria • Cardiologia • Medicina interna • Oncologia • Psiquiatria • UCI • Urgències • Altres | Disposar d'indicadors de risc en funció dels serveis mèdics Possible problema social: <ul style="list-style-type: none"> • Sociofamiliar • Sanitari • Habitatge • Hospitalització i tractament • Cobertura sanitària • Economia • Feina • Col·lectius • Promoció social • Instrucció • Altres | <ul style="list-style-type: none"> • Treball social sanitari de casos (<i>casework</i>) • Treball social sanitari familiar • Treball social sanitari de grup • Treball social sanitari comunitari • Planificació de l'alta sanitària (integrant l'atenció primària) • Altres | Externa: <ul style="list-style-type: none"> • Consensuades amb la persona malalta o amb la família • Centre socio sanitari • Servei de treball social • Organismes • Institucions • Altres Coordinació Derivació |

Pilars de la intervenció en el treball social sanitari

Amb l'ús de tècniques pròpies del treball social sanitari, com l'observació sistematitzada, el diàleg intencionat, les entrevistes estructurades, la relació d'ajuda, la mobilització de recursos personals o familiars i el suport social, i de tot allò que comporta el conjunt d'una bona pràctica professional –a més del contacte permanent amb els diferents serveis mèdics i els diferents professionals sanitaris–, es van captant les necessitats reals de la persona malalta hospitalitzada, les seves pròpies dificultats i les de l'entorn familiar i social, i també la seva interrelació, a fi d'establir una avaluació continuada de la prestació des del treball social sanitari.

El personal d'infermeria i de medicina, com a responsables de la persona ingressada, han de conèixer la intervenció del treball social sanitari, per a poder treballar en coordinació. Cada hospital ha d'adequar la seva organització de recursos humans, sobretot els del servei de treball social sanitari, perquè es pugui satisfer la condició d'assistència integral.

Ja hem vist que la manera de captar pot ser per serveis mèdics, per GRD o per factors de risc socio sanitari.

Si bé una fractura la pot veure qualsevol persona, fins que el traumatòleg no n'ha fet l'exploració no hi ha un diagnòstic mèdic. De la mateixa manera, en el treball social sanitari, hi ha dades que coneix tothom (indicadors de risc socio sanitari), que tots els professionals haurien de conèixer per a fer la derivació, però que fins que el treballador social sanitari no ha fet el diagnòstic no se sap si hi ha cap problema o no, perquè és l'únic professional competent per a fer-ho.

Les situacions de risc socio sanitari s'han de registrar, i esperem que algun dia hi haurà una homologació d'aquestes situacions a escala nacional, perquè aquests indicadors es generen de la praxi professional.

Aquests indicadors es poden presentar tant en urgències com en l'hospitalització o en les consultes, i per això es tan important que el treballador social sanitari tingui als hospitals el mateix horari que els sanitaris de vint-i-quatre hores.

Situacions de risc sociosanitari (persones adultes, menors). Prioritàries:

- Situacions invalidadores o dependents (que poden ser per patologies o ACV).
- Persones que viuen soles (juntament amb altres indicadors).
- Persones de més de seixanta-cinc anys juntament amb altres indicadors (malaltia crònica, reingressos, fractures), persones amb malalties cròniques que es van deteriorant.
- Persones desplaçades de la residència habitual (dins i fora de la comunitat autònoma).
- Persones sense suport familiar o amb dificultats o problemes familiars.
- Presumpció d'agressions o de maltractaments.
- Cuidador principal d'edat avançada o malalt, o parella d'una edat semblant.
- Persones que no s'adapten a la nova situació.
- Reingrés (tres en sis mesos).
- Malalts terminals, pal·liatius. processos de morir i de mort.
- Dificultats amb la cobertura sanitària.
- Falta de recursos personals.
- Persones amb politraumatisme, accidents de trànsit, laborals i altres.
- Discussions ètiques.
- Malaltia mental.
- Altres.

A més d'aquestes, n'hi ha d'altres que el treball social sanitari considera urgents o preferents d'atenció:

- Defunció sense família.
- Persona inconscient sense suport.
- Trasllet a una altra comunitat autònoma o un altre centre sanitari.
- Identificació d'interlocutor o de tutor.
- Defunció en situació de necessitat.
- Maltractaments o agressions (adults o menors).

De manera general, els problemes socials es poden descriure segons diversos criteris:

a) En relació amb la família:

- Persona d'edat avançada o dependent, especialment sense familiars o quan el seu cuidador presenta limitacions funcionals o socials.
- Persona que presenta un problema de solitud.

- Persona que viu en un àmbit residencial, una pensió, un centre terapèutic o gerontològic.
- Quan cal identificar o localitzar l'interlocutor vàlid, sia família o tutela.
- Persona que viu en una altra comunitat autònoma o que s'ha de desplaçar, amb dependència d'altres persones.
- Relacions familiars dificultoses.
- Altres.

b) En relació amb la salut:

- Accident: de trànsit, laboral o d'altres (mossegada de gos).
- Presumpció d'agressió (menors, dona, persona de la tercera edat), violència domèstica.
- Èxits que requereixi suport emocional o orientació sobre tràmits.
- Èxits en situació de necessitat.
- Persona susceptible de sol·licitar el reconeixement de minusvalidesa.
- Persona dependent.
- Persona que necessita suport en diagnòstics difícils, situacions de crisi, dependència recent.
- Persona que necessita trasllats a centres sanitaris d'una altra comunitat autònoma o dins la mateixa comunitat.
- Altres.

c) En relació amb la salut mental:

- Toxicomania.
- Malaltia mental.
- Intents d'autòlisi.
- Situacions de crisi (entre d'altres, síndrome del cuidador).
- Altres.

d) En relació amb la cobertura sanitària:

- Sense cobertura: alta sense gestionar administrativament, o sense cobertura.
- Persona donada d'alta en una altra comunitat autònoma.
- Altres.

e) En relació amb el tractament:

- Alta voluntària i necessitat d'intervenció, no-acceptació de l'alta.
- Reingressos freqüents.
- Prestacions pròpies de l'hospital (dieta d'acompanyant, televisió).
- Necessitat de voluntariat.
- Persona o família que té dificultat per a adaptar-se a noves situacions o assumir-les.

- Persona que no accepta el tractament per dificultats de l'entorn, o persona que no accepta la malaltia.
- Sol·licitud d'últimes voluntats (testament) o matrimoni.
- Col·laboració en plantejaments ètics.
- Persona que vol registrar les últimes voluntats (sistema sanitari).
- Suport de prestacions del Servei Navarrès de Salut o altres institucions com mútues o companyies asseguradores: cadira de rodes, crosses.
- Altres.

f) En relació amb la promoció social:

- Persona interna en un centre penitenciari.
- Persona que pertany a una minoria ètnica, estrangera.
- Persona transeünt.
- Persona amb dificultat o falta de recursos personals.
- Altres.

g) En relació amb la feina:

- Persona activa laboralment que no té suport familiar i que té dificultats per a gestionar la incapacitat temporal, o una altra situació.
- Persona que necessita alguna coordinació amb l'Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS) o inspecció mèdica, Sistema Nacional d'Ocupació.
- Persona que no percep cap ingrés.
- Altres.

h) En relació amb els aspectes econòmics:

- Tràmits econòmics sense delegar.
- Gestions en entitats bancàries.
- Despeses extraordinàries.
- Altres.

A més, totes les situacions que altres professionals sanitaris necessitin consultar o en què hagin d'intercanviar valoracions.

El treball a l'hospital exigeix ser conscient que és un àmbit terciari d'intervenció dins el sistema sanitari, de manera que es requereix un diagnòstic social sanitari i una intervenció pròpia, i deixar per a l'atenció primària el que correspongui; en aquest sentit, la coordinació i la derivació són una de les actuacions bàsiques. És fins i tot un criteri de justícia social i un criteri pel que fa a rendibilitzar la intervenció professional amb vista a la institució en què es treballa. La responsabilitat professional delimita l'àmbit de treball al medi en què té lloc. Ja hem dit que el temps és un instrument de treball, i les funcions pròpies de l'àmbit hospitalari són les que s'han definit i no pas d'altres que correspondrien a l'àmbit d'atenció primària o a altres àmbits.

Una de les assignatures pendents és la quantificació del temps en les activitats corresponents, especialment la complexitat dels casos que s'atenen, amb processos i tècniques adequats, com el diagrama de Gantt, la tècnica de revisió i verificació de programes (PERT) o l'escala de Lickert. És el futur, i servirà per a avaluar la qualitat i per a programar.

A més de l'àmbit individual i familiar, hem de tenir present el treball social sanitari grupal com un recurs òptim, tant per a les persones afectades com per als seus familiars. El treball social sanitari de grup no està tan desenvolupat, però fa falta i és benèfic.

Seria lògic que en el futur el treball social sanitari estigués inclòs en el catàleg de serveis del Sistema Nacional de Salut amb els procediments i processos corresponents.

7. Instruments bàsics de treball social sanitari

7.1. Història informatitzada de treball social sanitari

Avui dia la història clínica és un instrument de coordinació entre nivells i en cada nivell. La persona hauria de tenir una mateixa història, però a l'hospital la història clínica –incloent-hi la història de treball social sanitari– és una atenció puntual i en atenció primària és una atenció continuada; per això té una estructura que varia.

A l'hora de parlar de la història informatitzada del treball social sanitari en l'àmbit hospitalari, cal fer referència a la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut. Cada professional ha de tenir la referència legal de la comunitat autònoma on treballa.

Per exemple, a Navarra, la Llei foral 11/2002, de 6 de maig, sobre els drets del pacient a les voluntats anticipades, a la informació i a la documentació clínica (*Butlletí Oficial de Navarra*, núm. 45) –la documentació clínica en el punt c fa referència a les dades socials d'aquesta llei–, i la Llei 41/2002, reguladora de l'autonomia del pacient.

Un dels reptes importants que té el treball social sanitari és el de compartir amb altres professionals la informació escrita que com a tals fan servir. Implica inseguretat. Cal destacar la importància del rigor a l'hora de recollir dades, de disposar d'indicadors socials que es puguin registrar. El futur de la història de treball social sanitari és que estigui informatitzada, integrada en la història clínica.

La història no és propietat de ningú, les dades pertanyen a la persona atesa. S'ha de ser molt exigent pel que fa a la vulnerabilitat de les dades, respectar la confidencialitat i la intimitat. Cal ser conscient dels objectius de la història. Una estructura adequada (fer assistència i recerca) per a fer la intervenció i assolir els objectius marcats.

"L'acció d'una història clínica d'atenir-se a la realitat que ha de descriure –la malaltia d'un home– li concedirà la idoneïtat; la fidelitat de la narració a l'estructura canònica del relat la farà íntegra; pel compliment de les dues intencions narratives i la bona observança de les prescripcions retòriques, arribarà a ser clara, precisa i elegant. Idoneïtat, integritat, claredat, precisió, elegància: heus aquí el nom de les virtuts que constantment s'ha de proposar el pantògraf. Aquestes virtuts són, d'altra banda, la garantia més ferma del progrés en l'art de veure, sentir, entendre i descriure la malaltia humana".

Pedro Laín Entralgo, humanista, escriptor incansable i extraordinàriament prolífic. La seva producció, a més d'extensa, aborda temes molt diversos i hi trobem obres mèdiques, filosòfiques, biografies i fins i tot algunes obres de teatre.

De mica en mica, a les comunitats autònomes s'informatitza la història clínica. El desembre del 2008 va tenir lloc a Madrid el I Fòrum sobre la Història Clínica Electrònica del Sistema Nacional de Salut.

El Projecte de la història clínica digital en el Sistema Nacional de Salut té com a finalitat garantir als ciutadans i als professionals sanitaris l'accés a la informació clínica rellevant per a l'atenció sanitària d'un pacient des de qualsevol lloc del Sistema Nacional de Salut (SNS), i ha d'assegurar als ciutadans que la consulta de les seves dades quedi restringida a qui hi està autoritzat. No fa referència als aspectes socials ni a la intervenció des del treball social sanitari; no obstant això, hi ha alguna comunitat autònoma que sí que té inclosos, en la normativa desplegada, els aspectes socials com a part de la documentació clínica, com la Comunitat Foral de Navarra.

La història del treball social sanitari a l'hospital ha d'estar integrada en aquesta història clínica informatitzada, si es tenen presents les qualitats que hi assignava Laín com a suport de l'atenció integral i reconeguda com a tal (normativa nacional o autonòmica respecte al tractament de les dades socials).

També s'estableix com a dret del pacient i obligació del personal assistencial (segons la legislació vigent) que les dades socials corresponents al procés assistencial estiguin incloses en la història clínica de cada persona.

- Capítol 5, article 15, 1: "[...] Tot pacient o usuari té dret a fer que quedi constància, per escrit o en el suport tècnic més adequat, de la informació obtinguda en tots els seus processos assistencials".
- Capítol 5, article 15, 3: "L'emplenament de la història clínica, en els aspectes relacionats amb l'assistència directa al pacient, és responsabilitat dels professionals que hi intervinguin".

Llei 41/2002, de 14 novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.

El qui faci servir la història clínica informatitzada (incloent-hi la història informatitzada de treball social sanitari) ha de saber que està subjecte a auditories periòdiques, a fi de vigilar el compliment de la confidencialitat, i que l'ús inadequat que en faci pot tenir conseqüències molt greus, fins i tot penals.

La història informatitzada de treball social sanitari ha de tenir una estructura que faciliti dur a terme l'atenció prestada i que alhora sigui àgil per al professional que la fa servir. S'hi ha d'usar una taxonomia professional, i evitar així tota la terminologia que no contribueixi a l'atenció, com ara judicis de valor, opinions personals, afectes individuals. L'actuació professional també es reflecteix en la redacció de les històries de treball social. De tot això ja n'hem parlat en aquest crèdit en el perfil professional.

El fet que la història estigui informatitzada no solament ha de servir per a atendre amb qualitat, sinó que també ha de facilitar l'explotació de dades, per serveis, per problemes, per recursos emprats, etc., cada mes (com els indicadors

de gestió) i cada any (la memòria). Però no s'ha de carregar de tants aspectes que en dificulti el maneig. Es corre aquest perill. No se li poden demanar impossibles, a la història informatitzada.

La història informatitzada de treball social sanitari inclosa d'alguna manera dins la història clínica **professionalitza** la intervenció de treball social. La història social informatitzada inclosa en la història clínica informatitzada és diferent de la d'atenció primària pel que fa a estructura i dinàmica: la de l'hospital atén processos d'ingressos; la d'atenció primària atén continuïtat.

7.2. Informe de treball social sanitari

A partir de la història informatitzada de treball social sanitari s'ha de generar l'informe de treball social sanitari, que quedarà inclòs en el procés d'atenció. Igual que en medicina, l'informe de treball social sanitari s'ha de facilitar a la persona atesa i ha de ser útil per a establir la coordinació amb l'atenció primària del centre de salut.

8. Recursos humans

8.1. Jornada laboral: gestió del temps

La jornada laboral s'ha d'establir segons el calendari anual i les indicacions de la direcció de personal. Els recursos humans del servei de treball social sanitari s'han de calcular segons els objectius de l'hospital i sempre pensant en les prestacions de treball social sanitari. Vegem tot seguit les activitats que implica la prestació de serveis:

- Activitats que cal programar.
- Preparació de la feina diària:
 - Obtenir llistes per serveis, captar situacions de risc sociosanitari (tipus d'usuari, edat, diagnòstic).
 - Registrar dades: història informatitzada de treball social sanitari.
 - Documentar: elaborar informes socials, per exemple.
 - Establir contacte amb recursos, gestions, correu electrònic, etc.
- Sessions interdisciplinàries i de gestió.
- Reunions/bibliografia.
- Organitzar i actualitzar suports documentals (guia de recursos, legislació, impresos, tríptics, etc.).
- Visitar les plantes, els serveis, les unitats mèdiques.
- Activitats de despatx: entrevistes, gestions, informes de treball social sanitari, etc.
- Actes professions (continuació):
 - Entrevistes.
 - Gestions.
 - Documentar: elaborar informes.
 - Interconsultes.
 - Avaluacions periòdiques.
- Reunions i altres activitats.
- Visitar centres per a conèixer-los.

- Registre electrònic de dades: història de treball social sanitari.
- Altres activitats, com sessions de treball o visites comunitàries.

8.2. Possibles interferències en l'organització de la jornada

Per a planificar la feina hem de tenir en compte algunes dificultats que hi poden interferir:

- No es pot contactar amb el professional responsable del cas, tant dins com fora de l'hospital.
- És impossible de coincidir amb familiars de referència.
- Pot ser que la persona malalta no estigui en condicions físiques o psíquiques de col·laborar en el moment que disposa el professional, per exemple.
- Cal temps per a fer valoracions diagnòstiques socials.
- Fa falta temps per a emplenar les històries de treball social sanitari.
- La diferència que hi ha entre jornades laborals.

Aquests motius no han de justificar mai l'absència d'un ordre diari. És important tenir una organització mínima, entre altres coses per a disposar d'un ordre que previngui tant com es pugui l'estrès. S'ha d'intentar de no dedicar temps a gestions que pugui fer l'administratiu: enviar un fax, traslladar documentació a admissió, etc.

Cada professional, d'acord amb el servei que atengui, ha de disposar d'una planificació (*planning*) pròpia acordada amb el cap i ha d'informar la resta de professionals de qualsevol canvi. S'ha d'incorporar en el manual d'estil intern construït per a això.

Per als serveis és positiu saber els horaris del servei de treball social sanitari. Els professionals han de saber dir que no, de manera que sigui compatible amb donar resposta, però amb ordre; i han de crear una organització pròpia. Si hi ha algú que té dificultats per a fer-ho, s'ha de treballar juntament amb el cap i s'ha de valorar, per a prendre decisions. Els serveis sanitaris són limitats, i n'hi ha que tenen una llarga llista d'espera.

En la bibliografia se sol fer referència a diverses situacions que originen pèrdua de temps:

- Anar fent volts.
- Buscar coses extraviades.
- Interrompre la feina per a divagar.
- No escoltar o no entendre el que diuen els altres.
- Tenir falta de planificació i de calendari.
- Fer pauses massa llargues.
- Encarregar-se d'afers no prioritaris.

- Ajornar tasques que no agraden.
- Permetre interrupcions constants.
- Tenir una disposició ineficient del despatx.
- Deixar tasques sense acabar.
- Fer la feina dels altres.
- Tenir necessitat d'acudir a resoldre imprevistos.
- Cuidar-se d'affers personals.
- Tenir una actitud indiferent a la feina.
- No tenir un procediment.
- No estar prou concentrat.

Assenyalem la importància de l'autocura dels professionals: l'hospital i la seva dinàmica no són agressius o "durs" només per a les persones ateses i les seves famílies, sinó que també ho poden ser per als qui hi treballen, i encara més quan es treballa amb molt "soroll" –no precisament físic, que també n'hi ha– al servei, i amb interferències constants. La supervisió és important.

Hem d'intentar que es gestioni la immediatesa, la rapidesa i les interferències. Tot això està implícit en la dinàmica mateixa del servei, però es pot esmoreir i cal evitar l'estrès.

En el document *Herramienta de diagnóstico e intervención social*, del Govern Basc (Vitòria), hi llegim el següent:

"Si después de leer estas páginas, el profesional agobiado y con sobrecarga de trabajo, piensa que las indicaciones en ellas ofrecidas son impracticables, dadas las circunstancias propias que tiene, que necesariamente limitan su tarea diaria, le invito a que se pregunte, si alguna de dichas circunstancias, no deberían o podrían cambiarse".

Com a últim punt, recordem la importància d'elaborar la memòria anual, en què no solament han de constar dades numèriques, que són importants, sinó també tot allò que hagi afavorit interrelacionar el treball social sanitari amb les millores de l'hospital; entre altres coses, la possibilitat d'incorporar, potser en el futur, la intervenció de treball social en els GRD.

Com hem dit més amunt, si la història de treball social sanitari està informatitzada, ha de ser el suport informàtic adequat per a explotar les dades anuals de demanda, el perfil demogràfic (sexe, edat, procedència), l'atenció per serveis, els recursos emprats i assignats, les activitats, etc.

9. Praxi professional

Genoveva Ochando Ortiz

La intervenció del treball social sanitari a l'hospital pot ser a demanda, o bé per projecte de treball social –en aquest cas, per situacions de risc sociosanitari (que hem exposat en la primera part)–, o bé per patologies, o bé per serveis mèdics. En tots els casos cal tenir en compte de manera transversal els principis de bioètica i el dret a l'autonomia i a la informació, i és bàsic conèixer les característiques de la malaltia, la fase o estadi en què es troba i el pronòstic.

El que exposarem tot seguit només és una mostra representativa. Hem limitat el treball a la intervenció de treball social sanitari en diagnòstics de demència; insuficiència renal en diàlisi; processos terminals, mort; persones accidentades i en serveis d'urgències; UCI; neurologia; psiquiatria. Hem mirat de plasmar l'especificitat de tots aquests diagnòstics sabent que és una assignatura pendent sobre la qual hem d'aprofundir tots els professionals.

Assenyalem el premi que es va atorgar al Congrés de Treball Social i Salut celebrat el novembre del 2009, a Oviedo, a les treballadores socials Juana Urra Mariñelarena, Raquel Suescun de Carlos i Catalina Napal Lecumberri per la millor comunicació a l'estil pòster, "Intervención de trabajo social sanitario en accidentes", que fa referència a una part del que hi ha exposat tot seguit.

9.1. Treball social sanitari aplicat a persones amb diagnòstic de demència

Les demències són malalties cròniques, de desenvolupament progressiu i lent que afecta de mica en mica el cervell. És una síndrome clínica plurietiològica, caracteritzada per la deterioració intel·lectual respecte a un temps previ.

Les demències tenen diferents orígens. Poden ser d'origen vascular, com a conseqüència de trastorns circulatoris al cervell o, com la malaltia d'Alzheimer, d'origen fins i tot no ben establert. Pot coexistir amb una malaltia (demència associada a la sida, a neoplàsies, a malalties degeneratives, etc.).

L'envelliment també pot alterar el funcionament intel·lectual –per exemple, problemes de memòria–, i per això en la població envellida de vegades és difícil distingir-lo dels primers estadis de la deterioració intel·lectual. Encara que l'envelliment pot afectar les funcions cognitives, no sol ser homogeni ni afectar el conjunt de les funcions cognitives.

La deterioració intel·lectual en les demències implica una afectació de les capacitats funcionals de la persona, prou per a interferir les activitats socials i laborals. Encara que principalment afecta la població més envellida, també es pot presentar en pacients més joves. Si l'impacte que comporta en totes les àrees (familiar, social, laboral) és molt important, encara cal prestar-li més atenció des del punt de vista sociofamiliar, en els casos en què l'edat és més jove.

La prevalença a Espanya, segons fonts de l'Institut de Gent Gran i Serveis Socials (Imsero), oscil·la entre el 5,2% i el 14,5% en persones de més de seixanta-quatre anys. A causa de l'envelliment creixent de la població, la demència s'està convertint en una patologia de gran magnitud, amb grans implicacions sanitàries i socials.

9.1.1. Signes que caracteritzen una demència

Els signes que caracteritzen la demència són els següents:

- Pèrdua de memòria.
- Problemes d'orientació.
- Dificultat per a planificar i fer previsions.
- Dificultat per a fer activitats de la vida diària, com vestir-se o menjar.
- Trastorns del pensament, dificultats per a fer càlculs, dificultats del llenguatge.
- Canvis en el caràcter, alteracions del comportament (agressivitat, suspicàcia).

Com hem vist en crèdits anteriors, el treballador social sanitari té la responsabilitat de saber els símptomes, el diagnòstic i el pronòstic de cadascuna de les fases que passa la persona afectada. Si no se saben quins símptomes es presenten en el moment de la intervenció i en quin moment de la malaltia s'estan exposant aquests símptomes, la intervenció des del treball social sanitari serà generalista.

La demència no està considerada una malaltia, sinó una síndrome, això és, un conjunt de signes i símptomes. Rere aquests signes i símptomes que es manifesten, com que les causes poden ser diferents en cada persona, l'abordatge de la demència també ho ha de ser.

Els treballadors socials sanitaris han de construir el diagnòstic social sanitari tenint en compte aquest procés de deterioració, la trajectòria de la persona cuidadora, les pèrdues que ja s'han tingut al llarg de la vida, l'esgotament emocional, etc. També han de treballar la prevenció, segons el pronòstic de la malaltia que acompanyi la demència; no solament tenint en compte la deterioració cognitiva i funcional que implica la demència mateixa, sinó la malaltia que l'acompanya en cada cas. No és el mateix una fase terminal en un complex demència-sida, que en un tumor cerebral metastàtic.

Referència bibliogràfica

"Abordaje de la demencia" (2008). A: *Guía de actuación para la atención primaria y neurología*. Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea). [El document es troba en els recursos de l'aula].

Tot això que pot semblar llenguatge mèdic exclusiu; és la terminologia amb la qual, des del treball social sanitari, hem de treballar en el dia a dia. Si en algun moment sembla excessiu haver de dominar aquests paràmetres, n'hi ha prou d'observar i comparar el marc d'intervenció de professionals del treball social sanitari formats en el diagnòstic i pronòstic clínic de la persona atesa amb el de professionals sense aquesta informació i formació.

No es poden establir les bases d'una empatia, d'una relació de confiança, si no se sap quin moment passa la persona malalta o la família, si no se'n coneixen els antecedents, els recursos personals que han esgotat en les fases anteriors, com han manejat la malaltia.

Amb l'objectiu de construir el diagnòstic social sanitari correcte i d'establir el tractament més adequat per a cada pacient, cal tenir en compte, a més de les alteracions cognitives i conductuals, els factors de l'entorn familiar i social (estructura, dinàmica, situació econòmica, habitatge), és a dir, construir la història sociosanitària. Moltes vegades, els símptomes conductuals de la persona afectada (reaccions catastròfiques, violència, apatia, vagabunderia, eufòria, depressió, etc.), més que no pas els cognitius (amnèsia, afàsia, trastorn del judici, desorientació, etc.), augmenten la sobrecàrrega de la persona cuidadora, la qual cosa porta a la decisió d'institucionalitzar el pacient.

És difícil saber l'origen de la demència, però sí que cal intervenir en el maneig, combinant sempre el tractament farmacològic amb la intervenció familiar per a valorar aspectes positius i negatius, i també ensenyar habilitats de relació que minimitzin la conducta (no portar la contra, canviar d'activitat, etc.).

9.1.2. Respecte a la presa de decisions

Demència no és sinònim d'*incapacitat mental*, amb aquesta generalitat. Una de les actuacions que comporta més responsabilitat és determinar si el pacient diagnosticat de demència és capaç, i fins a quin punt, de prendre decisions de manera competent. Això, és clar, té a veure directament amb el principi d'autonomia (bioètica) i també amb el de beneficència (fer el bé) i el de maleficència (fer el mal).

Quin tipus de decisions ha de prendre un pacient amb demència?

El *Documento Sitges 2009: análisis y reflexiones sobre la capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia* elabora les decisions més importants que ha de prendre una persona amb diagnòstic de demència, que ha d'*advocar per una presa de decisions gradual* que acompanyi la deterioració cognitiva en un moment determinat, que serà més o menys agut que en un altre moment:

- Decisions que influeixen en la salut i sobre la participació en recerques:
 - Vida privada, dret a la informació i confidencialitat de les dades de caràcter personal.
 - Accés a la documentació clínica.
 - Consentiment informat.
 - Instruccions prèvies o voluntats anticipades.
- Decisions relacionades amb el patrimoni.
- Adopció de decisions en cas de falta de capacitat o de competència, (de manera fonamentada i objectivada):
 - Pacient legalment incapacitat.
 - Pacient sense incapacitació legal.

Documento Sitges 2009: análisis y reflexiones sobre la capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia.

En el *Documento Sitges* també es descriu que el procés de prendre una decisió està relacionat amb l'equilibri emocional d'aquell moment. Això fa que aquest procés no sigui un acte simplista, sinó que ha de considerar diversos aspectes: el grau de consciència, les funcions cognitives i executives, l'estat emocional, la consciència de malaltia, principalment. Vegem-los (segons el *Documento Sitges*):

- **L'estat emocional.** Un determinat grau de desequilibri emocional en un moment determinat pot obstaculitzar una presa de decisions adequada. L'exemple més clar d'això és el d'una persona que passa una depressió o un estat d'ansietat important.
- **La consciència de malaltia.** Aquest aspecte, que en les malalties mentals es té tant en compte, es pot presentar també en el cas de demències: una persona que no és conscient del seu estat no prendrà decisions de manera adequada respecte al seu futur. Això, però, a la pràctica, no solament representa un conflicte, perquè no admet certs tractaments arriscats, per exemple, sinó que sol ser font de conflictes, perquè no es deixa atendre ni orientar per la persona cuidadora, ni pel seu entorn, ni per cap institució, ja que té la *vivència* de pensar "no ho necessito". És molt important saber diferenciar aquesta situació de la d'una persona que, per por o per ansietat, passa una etapa de negació davant el diagnòstic. L'abordatge en aquest cas és imprescindible i ha d'establir una metodologia diferent de la del cas de la persona que no ha rebut prou informació o no l'ha entesa.

9.1.3. Quan i com comença la intervenció, el treball social sanitari

El *Documento Sitges* estableix així el marc d'intervenció dels treballadors socials:

"El trabajador social debería formar parte del cuadro profesional de las unidades de diagnóstico de demencias, o en su defecto se debería propiciar su incorporación a estos equipos para aumentar la calidad de los informes globales. En algunas unidades de diagnóstico en demencias en las que el trabajo social ya está incorporado, estos realizan una evaluación social y familiar de la persona con demencia para diseñar el plan de intervención y las medidas oportunas de protección a la persona con demencia. En esta evaluación se contemplan aspectos tales como: características estructurales de la familia, identificación del cuidador principal (o la ausencia de éste), distribución de roles, relaciones previas, situación económica y patrimonial, existencia de medidas de protección económica o de tutoría, entorno geográfico y equipamientos, grado de estabilidad del entorno, percepción sociofamiliar de la situación, funcionamiento social y familiar de la persona con demencia, hábitos, impacto en las expectativas de vida de los cuidadores, disposición de la familia para hacerse cargo de la persona, sobrecarga familiar, estado de salud del cuidador principal, etcétera. La posición relativa de los factores que inciden en la situación y su peso en el conjunto de ésta varían en cada caso. De ahí que es necesario realizar reevaluaciones sociales durante todo el proceso de la enfermedad".

Documento Sitges 2009. Op. cit. (pàg. 58-59).

Des del punt de vista del treball social familiar, està plenament justificada la intervenció des del moment del diagnòstic clínic. La família, o l'absència de família, és un element clau en el procés de la demència. Cal acompanyar-la, i atendre-la amb la mateixa implicació amb què s'atén la persona diagnosticada, la qual cosa de vegades es descuida, i és "utilitzada" només perquè faci el que s'indica en favor de la persona malalta. Tant en qualitat de font d'informació com de recurs terapèutic, i quan la xarxa de recursos externs és incompleta, la intervenció en la crisi familiar, en què cadascun dels membres és una peça fonamental, dona suport al tractament farmacològic, que per si mateix quedaria incomplet.

Esmentarem com a exemple els casos que es presenten en els comitès de bioètica. El treball en equip, l'atenció interdisciplinària, permet establir les bases per a afrontar la presa de decisions respecte als principis bàsics de la bioètica. Seria impossible valorar un cas social sanitari en què no es descrivís la història familiar, el funcionament dels membres de la família, els antecedents, els suports, els valors, la situació econòmica, laboral, social. I és en aquest camp en el qual el treball social sanitari té un futur molt interessant, atès que els principis que elabora la bioètica són principis que el treball social sanitari arrossega des del seu camí professional.

El *Documento Sitges* descriu la intervenció en la demència des del treball social (hi podem afegir el qualificatiu *sanitari*) en cinc àrees, i insisteix en la reavaluació constant en cada fase:

- 1) Pla d'intervenció, diagnòstic social sanitari.
- 2) Informació i formació.
- 3) Reorganització familiar.
- 4) Reorganització de rols.
- 5) Informar, gestionar i derivar.

La confecció de la història social sanitària com a element integrat en la història clínic augmenta la responsabilitat de fer avaluacions constants. Com que representa un instrument de consulta de la resta de professionals sanitaris, la informació ha d'estar actualitzada. Els objectius varien segons les fases, segons

el moment vital i emocional del pacient i de la seva xarxa de suport. Els recursos personals s'esgoten, i tot això ha d'estar a l'abast de l'equip per a poder avançar en el tractament integral.

Encara que l'estructura de la història social sanitària la descrivim en un altre apartat, en el cas de la demència ha de tenir com a característica especial la prevenció. Com a coneixedors de les fases que s'acosten i del suport que té la persona, hem d'anar treballant els aspectes que en les fases següents entorpiran l'èxit del tractament. Això fonamenta un treball paral·lel a les consultes mèdiques i disposar d'informació actualitzada sobre els ingressos hospitalaris de la persona amb demència.

Els treballadors socials sanitaris són membres actius de la institució, i disposar de la informació clínica actualitzada assegura també poder fer sempre un pas endavant en el tractament del cas social sanitari.

La història social sanitària ha de recollir, a més d'aspectes generals com composició familiar, dinàmica, situació econòmica i laboral, habitatge i cuidador principal, els aspectes següents:

- Les expectatives vitals que hi ha en aquell moment, tant del pacient com de la persona cuidadora, separatament i plegades.
- El moment de la relació de parella.
- Els plans de futur.
- El coneixement que es té de la malaltia.
- El coneixement que té de la malaltia el medi social en què viuen.
- Les experiències semblants que han viscut i que els han permès fer "assajos emocionals".

Una vegada recollit això, cal actualitzar permanentment l'evolució del tractament farmacològic i també l'evolució de la dinàmica familiar en cadascun dels ingressos hospitalaris i en cada canvi de tractament.

Cas pràctic d'atenció a una persona amb diagnòstic de demència des del treball social sanitari a l'hospital

Resum de la història de treball social sanitari informatitzada: Francisco, de seixanta anys. Diagnosticat de possible malaltia d'Alzheimer fa cinc anys, en tractament amb neurologia.

En l'actualitat presenta una deterioració cognitiva que fa que necessiti ajuda per a les activitats de la vida diària: preparar aliments, facilitar el menjar, vestir-se, caminar. Presenta episodis d'agressivitat, amb maneig adequat per part de l'esposa, que cedeixen amb les seves habilitats de contenció.

Està casat i té dues filles, que estudien fora del municipi. Tenen una relació afectiva. Les filles els donen suport els caps de setmana i en períodes vacacionals.

Laboralment, regentaven una carnisseria. Com a conseqüència de la malaltia, la van vendre. En Francisco percep la pensió contributiva corresponent en concepte d'invalidesa permanent absoluta de l'INSS.

La seva esposa treballa en una carnisseria com a treballadora per compte d'altri, amb torn partit.

Emocionalment, se sent sobrecarregada perquè les filles no hi són cada dia, i sent la pressió de la família extensa, per part del marit, perquè deixi de treballar i es dediqui a cuidar-lo.

No han sol·licitat la valoració de dependència. En aquest moment no tenen cap suport extern.

Diagnòstic social sanitari: "Pacient amb malaltia crònica neurològica, amb insuficient suport familiar per limitacions laborals i familiars, amb risc de claudicació familiar per l'absència de suports externs humans durant la setmana i de prestacions. No ha sol·licitat a l'Administració els drets que té com a persona dependent. S'inicia la gestió d'un pla de suport a la cuidadora i la gestió de les valoracions necessàries per al reconeixement de la seva dependència".

La intervenció de treball social sanitari preveu les activitats següents:

- Suport en el projecte vital propi de la cuidadora. Que mantingui, si vol, la decisió de continuar treballant, i s'han de buscar alternatives de cura per al pacient.
- Tècniques d'escolta amb ella i consells bàsics de maneig de conducta amb ell. Actitud personal, acceptació emocional i intel·lectual de la persona, veure-la com una persona amb dignitat i valors, manifestar empatia, anar al seu ritme, intentar passar la seva por i la seva angoixa, confirmar el que ella ha dit i sentit, fer servir el tacte amb la seva autorització i en el moment oportú.
- Sol·licitud de valoració de dependència. Reconeixement de drets partint de la base de la valoració.
- Coordinació amb el servei mèdic. Coneixement del pronòstic a mitjà termini per a veure el recurs més adequat i treballar amb la família les expectatives de futur.
- Informació sobre l'Associació Alzheimer. Grup de familiars per a l'esposa, que en aquest moment és més vulnerable.
- Coordinació i derivació a l'atenció primària sanitària per a fer-ne el seguiment.
- Informe de treball social sanitari de derivació.

9.2. Treball social sanitari aplicat a persones amb insuficiència renal crònica en diàlisi

La insuficiència renal crònica implica la pèrdua de la funció renal absoluta. La diàlisi és un tractament de suport vital. És l'única alternativa de mantenir-se amb vida, esperant un trasplantament renal, sempre que es compleixi el perfil per a rebre l'òrgan. Si no, representa l'única alternativa que hi ha. Suspendre la diàlisi implica la mort de la persona. Hi ha bàsicament dues tècniques de diàlisi:

- Hemodiàlisi.
- Diàlisi peritoneal.

L'hemodiàlisi actua unes quatre o cinc hores, tres dies a la setmana; la diàlisi peritoneal, cada dia. També cal tenir en compte si aquestes tècniques s'apliquen en un establiment sanitari o a casa.

Aquesta introducció tan senzilla, basada en terminologia mèdica, té al darrere implicacions socials i familiars molt importants que, si es tenen en compte, complementen les possibilitats d'èxit del tractament.

9.2.1. L'elecció de la tècnica

A l'hora de prendre una decisió sobre la tècnica més adequada per a cada persona, hi ha unes contraindicacions clíniques que inclinen la decisió a un sentit o a un altre.

També cal, però, que el treballador social sanitari faci una avaluació de caràcter social, per a mirar de resoldre les limitacions que obstaculitzin l'elecció d'una tècnica. Per exemple, si la qüestió del transport per a poder acudir a les sessions de diàlisi ja està solucionada, o si hi ha suport per a les cures en alimentació.

Per a escollir la tècnica, el treballador social sanitari ha d'aportar informació a l'equip de treball sobre els aspectes següents:

- L'estructura i la dinàmica familiar.
- El lloc que ocupa la persona en l'economia familiar.
- La vida social prèvia: relacions socials, oci i temps lliure, expectatives de futur.
- El suport familiar per al tractament escollit.
- L'ús o no de recursos socials o sanitaris als quals pot tenir dret, com, per exemple, el reconeixement de minusvalidesa.
- La informació de tots els indicadors que componen la història sociosanitària.

9.2.2. Durant el tractament

La cronicitat en la malaltia gairebé sempre implica la necessitat d'educació en autocures. Si es detecta un problema en aquest sentit, caldrà estudiar-ne la causa.

Per exemple, davant la sospita que el pacient presenta una situació clínica que correspon a transgressions dietètiques quan acudeix a la sessió, cal estudiar si aquest pacient té el suport d'un cuidador que l'ajudi a l'hora de preparar el menjar o d'anar a comprar. Si viu sol, cal estudiar la possibilitat que li donin suport amb serveis externs, o fins i tot oferir la possibilitat de la institucionalització, si això cobreix les necessitats de la persona afectada.

Les transgressions dietètiques de vegades es corresponen amb estats d'ansietat que viu la persona tot esperant un trasplantament que sembla que no arriba. El canvi de ritme vital, d'activitats de la vida diària que abans es feien i ara no, abandons laborals, etc., tots aquests processos han de tenir un seguiment del treball social sanitari, individual o familiar.

9.2.3. Aspectes socials i psicosocials de la malaltia renal

Els aspectes socials i psicosocials de la malaltia renal són els següents:

- L'organització dels temps. Quan s'han de passar tres dies a la setmana de quatre o cinc hores a l'hospital és difícil adaptar la vida laboral i familiar a aquest ritme nou.
- Els menjars canvien. Definir què és el que s'ha de menjar pot ser un dels desafiaments més grans que calgui afrontar, tant la persona com la seva família.
- Els rols familiars poden canviar. Les responsabilitats que es tenien abans, ara es poden veure limitades per la diàlisi.
- L'economia familiar es pot veure reduïda. La incapacitat per a treballar, la necessitat de reduir la jornada o d'adaptar els horaris pot repercutir en el volum de despeses establert amb la font d'ingressos anterior.
- El grau d'energia pot disminuir. Pot ser que no es puguin fer les activitats d'oci i temps lliure d'abans.
- Els viatges no són tan espontanis. La gestió per a disposar de màquina pot condicionar el viatge.
- El trasllat de casa a l'hospital per a la diàlisi pot ser complex. Pot ser que sigui lluny i que un familiar s'hagi de fer càrrec dels trasllats, o pot ser que la persona es maregi en els viatges, per exemple.
- La sexualitat es pot veure afectada. Els canvis en el cos i el fet de no trobar-se bé físicament poden disminuir el desig sexual.
- El risc de mort.

La intervenció des del treball social sanitari individual o familiar ha d'abordar tots aquests aspectes.

9.2.4. Treball social sanitari de grup en la insuficiència renal crònica

En aquesta patologia cobra un interès especial el treball social sanitari de grup. Quan s'assisteix a sessions d'hemodiàlisi, principalment, quatre o cinc hores compartides durant anys amb les mateixes persones, sorgeixen problemes de relació, com en tota convivència, problemes d'acceptació de la malaltia i

d'incompliment de normes dietètiques. És molt difícil assegurar la intimitat del pacient i compartimentar l'evolució de cada persona quan estan condemnats a veure's tantes hores. El procés psicològic passa pels conflictes següents:

- La negació de la cronicitat, més que no pas de la malaltia.
- La relació de dependència i odi amb la màquina.
- Por –i desig alhora– del trasplantament.
- Empipament davant la dependència d'una màquina i d'un equip sanitari: els pacients identifiquen la falta d'autonomia amb aquesta dependència, i focalitzen tota la seva vida en les sessions de diàlisi.
- Por que es descuidin que s'esperen per al trasplantament.

Mitjançant el treball social grupal i des del treball social grupal sorgeix la possibilitat de treballar aquests aspectes per a millorar tant l'estat emocional del pacient i la seva família, com el del mateix personal sanitari que els atén, i que al seu torn reverteix en el pacient mateix.

Totes aquestes vivències s'exporten després al medi familiar i social, de manera que la família ha d'estar contínuament en contacte amb l'equip sanitari per a poder controlar els punts següents:

- Saber en quina fase està la persona.
- Saber manejar amb indicacions professionals i orientacions aquesta fase.

Això redueix l'ansietat i la tensió en la convivència.

9.2.5. Des de la bioètica

Al treballador social sanitari li correspon aportar la història familiar, identificar el cuidador principal, en situacions com les següents:

- De rebuig al tractament.
- De pacient incompetent.

Cal una feina d'equip perquè tant el pacient com la família assegurin els punts següents:

- Que entenen la informació.
- Que entenen les conseqüències de la decisió presa.
- Que no hi ha limitacions socials que condicionin aquesta decisió.
- Que no hi ha patologia psiquiàtrica que condicione la decisió.
- Que les voluntats de la família no contradiuen l'expectativa de qualitat de vida a favor de reduir la quantitat de vida.

Això també facilitarà la presa de decisions de l'equip sanitari quan calgui determinar la fi del tractament perquè som en la fase final, i sense trobar resultats de qualitat de vida.

La col·laboració del treballador social sanitari en la identificació de vincles afectius, que moltes vegades no es corresponen amb els vincles familiars, actualment no la discuteix cap comitè de bioètica.

Cas pràctic d'atenció a una persona amb diagnòstic d'insuficiència renal crònica en diàlisi des del treball social sanitari a l'hospital

Resum d'història de treball social sanitari informatitzada: Ana, de setanta-dos anys, amb una malaltia renal crònica, en programa d'hemodiàlisi des de l'agost del 2001. Té una patologia cardíaca associada i antecedents d'ACV a l'hemisferi dret de febrer del 2009. La història clínica diu que té una "evolució desfavorable malgrat el tractament".

Està casada i el cònjuge té una edat semblant a la seva. Viuen tots dos sols al domicili familiar. Tenen dues filles, amb unitat familiar independent: una viu fora de la comunitat autònoma, i l'altra en un municipi a la vora.

Econòmicament, el cònjuge percep la pensió mínima en concepte de jubilació de l'INSS, i ella no percep ingressos propis. Pel que fa al patrimoni, l'habitatge habitual està en règim de propietat de tots dos cònjuges.

Emocionalment, el cònjuge és l'únic cuidador des que van començar la diàlisi. Ell s'ocupa de gestionar la casa i el menjar i de traslladar l'Ana a la diàlisi, els tres dies a la setmana. Li prescriuen ambulància compartida amb altres malalts, però opten per vehicle propi per evitar els símptomes de mareig que li produeix l'altre mitjà de transport. Com a conseqüència d'això, ell ha desenvolupat una relació de dependència amb el medi hospitalari, de manera que s'hi sent acollit, acompanyat, reconegut com a cuidador i reforçat.

Hi va haver un contacte anterior amb el servei de treball social sanitari per a sol·licitar el reconeixement de minusvalidesa. Informen les filles de les decisions que prenen, però sempre decideixen tots dos, excepte quan l'Ana es troba en situació d'incompetència, que decideix ell. Les filles no gosen contradir el pare per por que se senti desplaçat.

El servei mèdic planteja la possibilitat de deixar de dialitzar, per la deterioració de la pacient, i d'aplicar un tractament paliatiu, recurs que el marit rebutja. Té por de deixar-la morir, té ambivalència respecte als sentiments que no pateixi, té por de quedar-se sol. Les filles respecten la decisió del pare.

Diagnòstic social sanitari: "Malaltia terminal en pacient crònica, amb cònjuge afectat de síndrome del cuidador principal en situació de crisi emocional per les males notícies, amb insuficient suport familiar per limitacions geogràfiques i amb testament vital per fer. Cal reestructurar els rols dels membres de la família incloent-hi les filles i els suports externs, materials i psicosocials necessaris per a afrontar la progressiva pèrdua. Cal ajuda per a elaborar el predol".

Davant aquesta situació, es planteja una intervenció en equip: es recull la història familiar descrita per a entendre des d'on parla aquest cuidador.

L'objectiu és treballar la situació familiar:

- Reorganitzar els rols.
- Ajudar a preparar el predol amb el marit (acceptar la mort).
- Implicar les filles en la presa de decisions sense excloure el pare, interlocutor màxim fins ara.
- En el moment de la defunció, condol i suport de dol.

9.3. Treball social sanitari aplicat a persones amb malaltia terminal. Mort

Pot ser per càncer o una altra patologia. La mort s'ha d'abordar, independentment de la patologia que la provoqui i de l'edat de la persona malalta. Les seves característiques són diferents, però tenen en comú la mort mateixa.

En les societats desenvolupades s'accepta majoritàriament que les malalties cròniques, o de diagnòstic i pronòstic greu, tenen repercussions emocionals, sanitàries, psicològiques, socials (econòmiques, laborals, familiars, etc.). I cada persona les viu amb una intensitat diferent segons la naturalesa de la malaltia, les característiques de la família (cohesió, recursos), les característiques personals (edat, moment vital, tipus de feina), les relacions socials (grup de suport) i la concepció que es té socialment de la malaltia (no és el mateix, per exemple, la sida, que s'equipara amb marginació, que un càncer, que s'equipara amb mort), i dels serveis, prestacions o ajudes que es tingui.

Quan una persona rep un diagnòstic "difícil", s'enfronta a una situació de canvi que comporta una crisi, i li caldrà adaptar-s'hi. S'entén per *crisi* la situació en què una persona o grup familiar es troba en un estat emocional concret, com a reacció a una situació nova que no pot resoldre pels seus propis mitjans. Hi ha risc de descompensació, però també l'oportunitat de creixement personal, segons com es resolgui.

Avui dia, des del punt de vista ètic i legal, la persona té dret a rebre informació respecte a la seva situació, per a prendre decisions o preparar el seu "viatge". És una obligació nostra informar la persona, atenint-nos al seu dret a saber la veritat (Llei 41/2002, d'autonomia del pacient). Això ha de ser compatible amb el fet de no danyar la persona malalta, és a dir, cal fer-ho amb suport.

"La malaltia és un fet de la *vida*, que posa a prova tant l'autonomia de la persona malalta com la no-maleficència professional, la beneficència de la família i la justícia de la societat" (Diego Gracia).

Per ara, entre la complexitat del sistema sanitari i la del sistema social, atendre els processos de morir i mort requereix una intervenció interprofessional de les necessitats sanitàries, socials, psicològiques i espirituals de la persona afectada, que és la protagonista de la intervenció.

9.3.1. Característiques de la malaltia terminal

Les característiques de la malaltia terminal són les següents:

- Malaltia avançada, incurable.
- Síntomes multifactorials.
- Gran impacte emocional.

9.3.2. Intervenció terapèutica. Equip interdisciplinari

Pla de cures pal·liatives: cuidar (Societat Espanyola de Cures Pal·liatives, Secpal).

Atenció integral: persona malalta, família, suport. La persona i la seva família o suport no són propietat de cap professional; totes les disciplines han de treballar i aportar els seus propis continguts professionals amb el mateix objectiu, que és col·laborar en la qualitat de la vida i de la mort.

La definició de *malaltia terminal*, proposada pel Pla nacional de cures pal·liatives, publicat el 2001 pel Ministeri de Sanitat, fruit del consens d'experts, és la següent:

"Enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidad de respuesta al tratamiento específico, que provoca problemas como la presencia de síntomas multifactoriales, intensos, cambiantes con la existencia de un gran impacto emocional en los enfermos, familiares, equipos, con un pronóstico de vida generalmente inferior a seis meses, que genera gran demanda de atención y en la que el objetivo fundamental consiste en la promoción del confort, y la calidad de vida del enfermo y de la familia, basada en el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación. Enfermedad avanzada, terminal, agonía, minusvalía grave crónica y estado vegetativo persistente".

Documento consenso sobre decisiones al final de la vida (1999, 3 de maig). Madrid: Consejo General del Poder Judicial, Ministerio de Sanidad y Consumo.

9.3.3. Actituds socials respecte a la mort

Socialment es considera natural una mort en edat avançada, però no s'accepta que la mort no té edat i que totes les edats són susceptibles de rebre-la. Vegem algunes actituds socials:

- En la societat anomenada *del benestar* se silencia la mort.
- La mort es considera un tabú o una cosa de "mal gust".
- En el medi urbà, morir-se és una cosa solitària, impersonal, mecànica. S'ha desplaçat el fet als hospitals; hi ha intents de modificar això, però és dur per moltes circumstàncies. En el medi rural es mor poc, es trasllada la persona a l'àmbit hospitalari, fins i tot havent manifestat que es vol morir a casa.
- La societat actual contribueix a fer que la persona visqui privada del maneig de la seva pròpia fi, però, en contraposició amb això, cada vegada es té més present l'autonomia de la persona (aquí hi ha l'esforç dels equips d'atenció a la mort, anomenats *pal·liatius*). Si la persona controla la seva fi, ho fa de manera estable.
- La por de la mort està generalitzada, però s'hi conviu "mentre no ens toqui", mentre sigui una cosa dels altres.

D'una banda, observem que la mort es viu més des de la perspectiva d'una societat de "massa" que no pas com a persones individuals, com ara les morts violentes: actuació de bandes de carrer; grups organitzats en guerres o terrorisme. De l'altra, hi ha l'avenç tecnològic que afecta la mort: accidents nuclears o catàstrofes naturals, accidents de cotxe, d'autobús, de tren, aeris, esfondraments.

La ciència i la tecnologia en el sistema sanitari aporten aspectes positius com l'eradicació de malalties, la recerca per a controlar el dolor, la longevitat de l'ésser humà. També genera dificultats, però, perquè augmenta la complexitat del sistema, sense deixar de banda que els professionals són part de la societat, i individualment també poden negar la mort. A més, la mort es considera un indicador negatiu. Cuidar i acompanyar en el procés de morir i de la mort es verbalitza en alguns àmbits, però no és una realitat quotidiana. Treballar en aquest procés i en la mort comporta no solament una formació específica adequada, sinó també una actitud personal: el qui no s'ha plantejat la seva pròpia mort i no se n'ha cuidat, tindrà dificultats per a treballar-hi.

En el sistema sanitari també hi ha aspectes econòmics que es tenen en compte i que no són gaire positius per a atendre aquests processos, com, per exemple, el nombre de llits que s'hi dediquen, encara que això està en via de transformació amb la implantació progressiva de cures pal·liatives a domicili.

Finalment, no tothom entén el mateix amb els mateixos termes. En les cures pal·liatives s'hi inclou (segons l'Organització Americana de Cures Pal·liatives) la malaltia terminal inferior a sis mesos, el control de símptomes, les persones amb progressió en la malaltia, els reingressos, però també altres patologies a part de les oncològiques o els símptomes de mort.

9.3.4. Treball social sanitari individual i familiar en el procés de morir

L'objectiu general, per a tots els professionals, és respectar i defensar la dignitat de les persones en el procés de morir, amb tan poc patiment com es pugui, en companyia de qui vulgui la persona i una mort sense abreviacions o prolongacions (Secpal).

Els objectius des del treball social sanitari hospitalari en el procés de morir són els següents:

a) Àmbit individual o familiar:

- Objectiu general: col·laborar en l'atenció integral de les persones ingressades.
- Objectius específics:

- Aportar els aspectes socials que provoca la malaltia i el procés de morir i de la mort tant en els àmbits individual i familiar com en el social, tenint en compte les diferents influències socioculturals.
- Oferir els mitjans necessaris per a atendre les necessitats.
- Prevenir dificultats.

b) Àmbit comunitari: gairebé sempre implica plans de programes en què es treballa en estreta coordinació amb l'atenció primària sanitària.

c) Àmbit grupal: treball social sanitari grupal, tenint com a grup diana les famílies.

9.3.5. La família davant la malaltia terminal. La seva importància en el procés de morir del familiar

Cal tenir en compte els aspectes següents:

- Les conseqüències de la malaltia repercuteixen en la persona afectada, però també en el seu context natural (família, per exemple) i en el seu suport relacional (feina, amics, escola, etc.).
- La família constitueix el primer punt de referència, on es va instal·lar el patiment que provoca la malaltia.
- És la família, fonamentalment i deixant de banda les excepcions, la que proporciona a la persona malalta el suport afectiu que necessita, i el fet que hi sigui absent pot causar més dolor.

Repercussions del procés de morir o de la mort (tant per malaltia com per accident) en la família:

- Desajustaments personals i familiars: modificació de rols familiars, abandó d'algun membre de l'activitat laboral, afectació de menors, etc.
- Impacte emocional (diferent segons les situacions concretes).
- Reaccions dispars, contradictòries, des del silenci profund fins a una explosió de ràbia, impotència, incredulitat, actitud de fugida, etc.

Identificació de respostes familiars davant la informació a la persona:

- Els qui decideixen amagar la veritat respecte al procés i, a més, volen imposar que sigui així als professionals.
- Els qui fan servir un eufemisme com a manifestació suau o decorosa d'idees que expressades amb franquesa són dures o malsonants.
- Els qui sí que fan servir la paraula *càncer* i s'atenen a les dades clíniques.

- Els qui revelen tot el que pensen i parlen sobre la proximitat de la mort.

Cada situació és diferent i cal tenir en compte els aspectes següents:

- Conèixer la disponibilitat de la persona a rebre informació.
- Tenir un interlocutor vàlid, és a dir, triat per la persona malalta. Tenir present els seus valors, la seva espiritualitat, les seves creences.
- Conèixer l'estat emocional, les pors i les preocupacions de cadascun dels membres de la família.
- Treballar amb un alt grau d'empatia, amb l'objectiu de poder abordar les seves dificultats, ensenyar-li habilitats de maneig i ajudar-lo mitjançant la catarsi de les emocions.
- És important tenir en compte els familiars (pares, fills o germans) que no s'acosten a l'hospital. Gairebé sempre exigeix un treball de coordinació amb atenció primària de salut.

La família ha d'entendre les repercussions o seqüeles del silenci informatiu a la persona. El risc important és que la persona malalta acabi desconfiant dels éssers estimats, en un moment de la seva vida en què la confiança és un pilar bàsic, i que acabi optant també per guardar silenci i morir-se en completa solitud. Es pot sentir enganyada i pot perdre la confiança en la família i l'equip assistencial.

La persona atesa és la protagonista de la seva situació, i ha de confiar en els professionals, que han de respectar el seu ritme, ritme de no voler o de voler.

a) Importància de la comunicació en la família:

- Actitud negativa de la persona malalta.
- Desconcert en la família. Cada membre de la família viu la situació de manera diferent.
- Suport familiar inadequat. No els és fàcil saber com poden ajudar.
- La comunicació amb la família és un altre pilar terapèutic: s'ha de saber donar-li temps a adaptar-se a la situació, que senti que té suport emocional, que pugui aprendre habilitats de maneig, etc.
- Aïllament de la persona malalta.
- Opció pel "silenci voluntari" de la família.
- El fet de mantenir el "secret" desgasta la salut mental.
- El llenguatge no verbal també comunica. I la persona decideix no parlar perquè potser pensa que fa mal als seus éssers estimats, o no sap com acomiadar-se'n, o no ho vol fer.

b) La comunicació oberta i sincera:

- Fa que augmenti la confiança en els professionals.
- És important en el tractament.
- Fa que la persona malalta no es vegi com un ésser inútil o incapaç o incompetent.
- Possibilita compartir preocupacions comunes.
- Permet afrontar afers pendents.
- Constitueix una alternativa positiva per a anul·lar els obstacles que hi hagi.
- Especialment, permet a la persona viure, amb limitacions, el que li quedi de vida i gestionar la intimitat de la seva pròpia mort.

Els treballadors socials sanitaris aborden tots aquests aspectes segons les característiques pròpies de la persona atesa i de la família. Cada cas és singular. En particular l'àmbit familiar i en coordinació amb la resta de l'equip.

La comunicació va més enllà de la informació del diagnòstic mèdic, que és competència del metge, però no és l'única informació que cal treballar amb la persona afectada.

La informació ha de ser protegida i proporcionar a la persona els recursos i suports necessaris. De vegades el professional sanitari s'estima més informar-la juntament amb un altre professional, del treball social sanitari o de la infermeria, o que aquests professionals facin de suport a la informació, perquè aprengui a manejar la seva situació. N'hi ha que en diuen *informació 'self-service'*, i n'hi ha d'altres, com el doctor Baró (cap del servei d'oncologia de l'Hospital La Paz, en la Jornada sobre la Relació Metge-Pacient, Fundació Aventis, 2002), que en diuen *informació suportable*. Baró proposa buscar la claredat i el moment adequat com a guies en els requeriments d'informació, seguint sempre el concepte de *veritat suportable*, que valora la situació del malalt i la voluntat que té de rebre informació.

L'esperança és un antídoto contra l'adversitat, però no cura; per això no s'han de donar falses esperances. Són persones adultes amb les quals es treballa. El que és important és que la persona senti que no estarà sola, que l'ajudaran en el procés. Les persones cada vegada demanen més informació. Si no hi ha comunicació, es dificulta la intervenció d'altres professionals, com infermeria o treball social sanitari.

Unes altres dades d'interès, amb referència a la família, davant la malaltia terminal, són els canvis que es produeixen en la dinàmica familiar:

a) Pel que fa a la persona afectada:

- Procés de transició: adaptació i aprenentatge d'habilitats de comunicació amb la família, ajuda en l'expressió de sentiments, desitjos, etc.

- Disfuncions somàtiques: fragilitat, debilitat, vulnerabilitat, dependència d'altres persones.
- Canvis físics: deterioració en l'autoimatge.
- Abandó de l'activitat laboral:
 - Pèrdua del poder adquisitiu. Possible invalidesa permanent.
 - Aïllament de les relacions socials.
 - Sensació d'inutilitat o de donar molta feina.
 - Pèrdua del rol social.
 - Dependència del sistema sanitari i dels seus professionals.
 - Canvi o ratificació de valors, religiositat, espiritualitat.

b) Pel que fa als familiars directes:

- Canvis rellevants de funcions.
- Cansament físic i psíquic.
- Sensació de malaltia.
- Exigència d'aprenentatge per a dur a terme noves tasques.
- Risc de descuit i desatenció d'altres familiars, adolescents, nens.
- Preocupacions de tipus econòmic.
- Preocupacions pel que fa a les possibles barreres arquitectòniques de l'habitatge.
- Dificultats creades per la burocratització d'alguns processos.

c) Altres aspectes dels familiars directes:

- Sensació de pèrdua de l'ésser estimat i incredulitat.
- Restricció respecte a les activitats professionals, lúdiques, socials.
- Canvi en l'activitat familiar quotidiana.
- Aparició de gelosia (cònjuge, germans, fills, etc.)
- Convivència carregada de tensions.
- De vegades, canvi dràstic pel fet d'anar a casa d'un altre familiar: pares, fills, germans.
- Sensació de desolació davant la pèrdua d'un fill jove, o del pare, amb el qual s'està afectivament molt unit.

"La muerte pertenece a la vida igual que el nacimiento... sé que los muertos pesan, no tanto por la ausencia, como por todo aquello que entre ellos y nosotros no ha sido dicho".

Susanna Tamaro (1997). *Donde el corazón te lleve*.

Cas pràctic d'atenció a una persona amb diagnòstic de malaltia terminal des del treball social sanitari a l'hospital

Resum de la història de treball social informatitzada: home de cinquanta-tres anys, amb parella estable –quinze anys més jove que ell– des de en fa set. Tenen una nena de sis anys. La relació entre els tres membres d'aquesta unitat familiar és de forts vincles i alhora d'autonomia personal entre els membres adults.

En la seva família extensa hi ha la seva mare (el pare es va morir fa vint anys) i dos germans més petits que ell. La relació entre ells és freqüent, amb autonomia però amb suport en situacions puntuals de necessitat. Són el suport per a atendre la nena en aquests moments.

La llengua de comunicació entre ells és el basc.

Econòmicament, el pacient percep la pensió contributiva corresponent de l'INSS en concepte d'incapacitat permanent absoluta des de fa dos anys. La seva parella treballa, i cotitza en el règim general de la Seguretat Social, en una empresa que és a dos quilòmetres del poble on viuen. Des de l'ingrés hospitalari es troba en estat d'incapacitat transitòria. El pacient té una assegurança de vida. No té el testament fet.

La nena va a la *ikastola* ('escola') i fa ús del menjador escolar.

Respecte a la situació sanitària, disposa de targeta individual sanitària del Servei..., pertanyent al Centre de Salut de... del consultori de...

Fins al dia de l'ingrés era una persona autònoma per a les activitats de la vida diària. La incapacitat permanent absoluta no li dificultava aquesta autonomia. En el moment actual, la seva situació sanitària li permet el desplaçament, però necessita ajuda per a banyar-se i per a la feina de la casa.

A l'hospital l'acompanya de manera permanent la seva parella. El diagnòstic li van comunicar el dia de l'ingrés, i és greu, de curs breu.

Pel que fa a les relacions socials, el poble on viu és un nucli rural de pocs habitants, que li permet mantenir relacions de veïnatge continuades, incloent-hi l'ajuda en moments puntuals. Una de les seves activitats preferides és el muntanyisme, que fa amb la seva parella i la seva filla, i amb amics.

La seva parella, impactada, no vol el deixar ni un moment. Ell verbalitza que no li fa por la mort i que sempre hi és, però diu que està molt enfadat i que se sent impotent, perquè no es vol acomiadar de les seves dones. No suporta la idea de separar-se de la seva petita, i per això demana que el deixin estar a l'Hospital San Juan de Dios, a cures pal·liatives, el seu "*últim zulo*", que en la seva llengua materna vol dir 'forat'. El preocupen certs aspectes que vol aclarir: pensió de viduïtat per a la seva companya, assegurança de vida. No té creences religioses. Diu que si Déu existeix, està molt enfadat amb ell. Està en contra de la religió catòlica. Demana la incineració.

L'habitatge on viuen és propietat d'ell, adquirit abans de casar-se. És a l'estil masia, es va rehabilitar fa poc, però té barreres arquitectòniques en l'accés (escales).

Diagnòstic social sanitari: "Malaltia terminal en pacient de diagnòstic recent, amb pèrdua brusca d'autoaliment, en situació de crisi emocional pel comiat dels seus éssers estimats. Té les últimes voluntats (testament) per fer. A l'habitatge hi ha barreres arquitectòniques. No té la intenció de no tornar al domicili i vol deixar resolts els afers pendents. S'han d'aplicar els suports psicosocials que calgui orientats a calmar-li la por pel que fa a deixar coses pendents. Se li ha de donar suport i orientació en les diferents gestions que necessita fer. Cal generar una relació de confiança amb la treballadora social sanitària perquè hi pugui parlar del que no gosa parlar amb la seva família".

Intervenció de treball social sanitari:

- Fonts d'informació: la informació es recull, d'una banda, amb ell i la seva parella, de manera individual i en conjunt, i de l'altra, amb l'equip mèdic i la infermeria.
- La treballadora social sanitària ha de treballar interdisciplinàriament amb medicina i infermeria en la informació del diagnòstic i del pronòstic mèdic. Ha de gestionar la informació que pugui assumir i el suport emocional segons els estats d'ànim que tingui. Ha d'ajudar a gestionar els aspectes socials de la situació, l'estructura, la dinàmica familiar, el suport, les vivències anteriors i els valors.
- S'ha de col·laborar amb ell a gestionar afers pendents: últimes voluntats en l'àmbit sanitari, últimes voluntats amb el testament.
- S'han d'aplicar tècniques de relaxació mínimes juntament amb infermeria per als moments d'angoixa.

- Cal preparar-lo per al comiat de la seva filla. Habilitats de maneig: paraules que s'han de fer servir, controlar la por davant la possibilitat de plorar, etc.
- S'ha de treballar amb la professora de la nena i la treballadora social d'atenció primària el predol de la filla: suport, lectura de contes indicats, etc.
- Informació i orientació a la parella, respecte a tràmits de tanatori, incineració, pensió d'orfandat de la nena, baixa en el padró, últimes voluntats, etc.
- Quan s'hagi mort, s'ha de començar una intervenció de suport emocional a la parella: inici de dol, derivació a atenció primària.

Hem fet referència en aquest apartat al procés de morir i de la mort, però també és vàlid per a processos oncològics, que no impliquin mort, pal·liatius.

9.4. Treball social sanitari aplicat a persones que han tingut un accident (de trànsit, laboral)

9.4.1. Característiques implícites dels accidents

Els accidents de trànsit i laborals o d'altres són situacions en què sempre es produeix una crisi a causa de les seves característiques:

- Són impactants per les conseqüències que comporten (físiques, laborals, econòmiques, familiars, etc.). Aquestes conseqüències són sempre inesperades, tant per a les persones accidentades com per a les persones més pròximes del seu entorn. Per molt petit que sigui l'accident, sempre tenen repercussió. D'una banda, hi ha la lesió, o lesions, de la persona afectada, i de l'altra, la necessitat de gestionar la coordinació amb la companyia o mútua laboral, sense saber la majoria de les vegades ni la cobertura de l'assegurança ni la forma de relació. Tot plegat representa un esforç afegit a la preocupació.
- La majoria d'accidentats requereixen atenció sanitària. El que passa més sovint és l'hospitalització, després el centre d'especialitats, o l'atenció primària. O, si és un accident laboral, la mútua.

En l'atenció d'aquestes persones intervenen diferents instàncies:

- En l'àmbit hospitalari:
 - Serveis mèdics d'urgències: UCI, plantes d'hospitalització.
 - Servei d'admissió: àrea general i àrea d'urgències, prefacturació.
 - Servei de facturació.
 - Secció d'atenció al pacient.
 - Servei de treball social sanitari.
- Fora de l'hospital:
 - Servei d'atestats: la policia de la comunitat autònoma, la Guàrdia Civil de Trànsit, la policia municipal.
 - Jutjats de guàrdia.

- Companyies d'assegurances o el consorci.
- Centres d'especialitats mèdiques de l'SNS o centres de salut.
- Mútues laborals.

Una característica d'aquests casos és l'elevat nombre d'accidents que hi ha, malgrat que s'han implantat uns requisits per a la conducció i s'ha reduït el nombre d'accidents.

Cal tenir desenvolupades les normes de prevenció d'accidents laborals.

9.4.2. Objectius del treball social sanitari

Els dos tipus d'objectius del treball social sanitari són els següents:

a) Objectiu general: col·laborar a prestar una atenció integral coordinada a les persones afectades per accident de trànsit o laboral.

b) Objectius específics:

- Eludir la duplicitat d'actuacions entre els serveis, i evitar així pèrdues de temps i afavorir la complementarietat d'uns i altres.
- Col·laborar a fer que les altes hospitalàries no es retardin per dificultats en les gestions necessàries, tant si es tracta d'una alta a domicili com d'una derivació interhospitalària.
- Dur a terme la intervenció amb la persona accidentada o la família:
 - Intervenció en crisi, situació vulnerable: donar suport emocional, donar seguretat, facilitar la reconducció de la situació.
 - Informar la persona accidentada o els seus familiars, i ensenyar-los habilitats, per a dur a terme les gestions necessàries en relació amb les companyies d'assegurances i les mútues laborals: donar part del que ha passat, cobertura de la pòlissa, nombre d'expedient, atestats, diligències prèvies, i totes les dades que es considerin necessàries per a actuacions posteriors.
 - Col·laborar en la gestió de prestacions (mitjans de transport, ajudes tècniques, material ortoprotètic o d'altres) i en tot allò que per la seva situació de crisi no estiguin en condicions de fer.
 - Establir amb companyies o mútues la planificació de l'alta i la coordinació que hi han de mantenir.

La pràctica professional demostra que el fet de disposar d'informació adequada ajuda les persones a situar-se, a conèixer la seva situació i les seves possibilitats, i com a conseqüència d'això a poder pensar i actuar d'acord amb la seva realitat.

La informació ha de ser personalitzada, clara, útil i que contribueixi a la coordinació.

Els accidents, com hem assenyalat al principi, són situacions de crisi, la major part de les vegades, molt impactant.

Comporten preocupació, incertesa, por, desconcert, etc. En definitiva, i per la seva pròpia naturalesa, són situacions que requereixen intervenció de treball social sanitari per a atendre els aspectes socials, inclosos sempre en un treball d'equip interdisciplinari.

De vegades, a més de l'accident de trànsit, hi ha problemes socials de base, que aguditzen la situació, la qual cosa fonamenta per si mateixa la intervenció del treball social sanitari.

9.4.3. Metodologia aplicada en el cas social sanitari

La metodologia aplicada en el cas social sanitari consta dels elements següents:

- Captació de persones que cal atendre. Els accidents són una de les situacions que cal atendre des del servei d'urgències, i si en algun no es compleix, s'ha de fer per mitjà de la base de dades de l'hospital que faciliti aquesta informació.
- Coordinació amb els serveis de prefecturació i admissió. Hi ha situacions en què els membres de la família poden dur a terme la coordinació amb les companyies d'assegurances o les mútues, i n'hi ha d'altres en què necessiten suport de treball social, de manera que el treballador social sanitari ha de conèixer el circuit de funcionament en els diferents accidents: no és el mateix un accident de trànsit que un de laboral, o un d'escolar, etc., a l'hora d'informar les persones afectades i ensenyar-los habilitats de maneig. Per les seves característiques, el treball social sanitari, davant la planificació de l'alta, compleix una funció de "suturació" –terme emprat per Colom– entre diferents serveis.
- Coordinació amb el personal de planta i d'admissió central per a planificar l'alta hospitalària: l'alta hospitalària al domicili o una derivació interhospitalària. Aquesta derivació pot significar processos diferents:
 - A un altre centre hospitalari de la mateixa comunitat, per a proves o seguiment.
 - A una altra comunitat autònoma perquè necessita un tractament que no pot rebre on és.
 - A un hospital d'una altra comunitat autònoma, perquè es tracta de l'hospital de referència per a aquesta persona.
 - A altres països on hi ha fixat el domicili de la persona.

En tots els casos és imprescindible l'informe mèdic amb les indicacions oportunes, però també l'informe de treball social sanitari, que ha de recollir el procediment que s'havia establert fins al moment del trasllat i les gestions que s'havien dut a terme, i també el moment emocional en què es troben tant el pacient com el seu suport familiar: si s'ha superat l'impacte inicial, les habilitats que mostra la família per a relacionar-se amb les companyies o les mútues, les parts del procés en què ha necessitat substitució, etc. Té una gran importància destacar les prescripcions ortoprotètiques, i també els mitjans de transport que cal fer servir.

Des de la planta d'hospitalització, l'informe mèdic s'ha de fer arribar al servei de treball social sanitari, el qual, juntament amb el personal d'admissió o pre-facturació, ha de dur a terme els tràmits oportuns. En el cas de trasllats a altres hospitals, cal contactar abans amb l'asseguradora per a demanar-li la conformitat d'ingrés i de trasllat:

- Prescripcions ortoprotètiques o mitjans especials de trasllat.
- Coordinació amb la secretaria de planta per a tot el que es refereix a justificants d'ingrés i informes mèdics.

Hi ha vegades en què la coordinació és primer amb el treballador social sanitari d'atenció primària per al seguiment del cas, o per a la gestió dels informes d'incapacitat temporal; si és un accident laboral, depèn si es tracta de règim especial o de règim general. N'hi ha d'altres en què és derivació per a fer-ne un seguiment.

Cal recordar a la persona accidentada o a la família que si torna a ingressar o són atesos en qualsevol altre centre sanitari per al seguiment d'aquest accident, han d'indicar que va ser per aquest motiu, pel fet de facilitar l'assistència segons el tipus d'usuari.

És elemental disposar del conveni que cada cert temps acorden els serveis públics amb les companyies d'assegurances. I conèixer el funcionament de les mútues laborals.

Cas pràctic d'atenció a una persona accidentada des del treball social sanitari a l'hospital

Resum de dades de la història de treball social informatitzada: home de vint-i-set anys, solter i natural de..., que conviu amb la seva mare. És estudiant de l'últim any de carrera a la universitat pública. Té un accident de moto mentre feia una activitat esportiva.

Havia acabat un contracte de treball i encara no havia gestionat la demanda de feina a l'Institut Nacional d'Ocupació (Inem).

És fill únic. Els seus pares fa nou anys que estan separats; mantenen una relació de respecte, però distant. Les decisions respecte al procés de malaltia les pren pràcticament totes el pare. La relació amb el seu pare sempre ha estat fluïda.

Ingressa a l'UCI amb diagnòstic de tetraplegia. Està conscient. Davant el diagnòstic es planteja el trasllat a l'hospital d'especialitat l'endemà.

Gran impacte emocional en pares, amics, companys.

Diagnòstic social sanitari: "Malaltia orgànica invalidadora en un pacient que ha tingut un accident de trànsit, amb repercussió en els seus estudis universitaris. Família amb dificultats de relació, els membres de la qual estan sota l'impacte emocional per l'accident i la discapacitat futura. Destaquem l'actitud optimista del pacient, que està en situació d'atur i no ha gestionat els tràmits. Susceptible de trasllat a una altra comunitat autònoma per a continuar el tractament en un hospital especialitzat".

Intervenció de treball social sanitari: en la primera entrevista de suport i rebuda cal començar a tractar amb els pares la qüestió de l'assegurança; no hi havia hagut temps d'informar del sinistre, i això els fa estar empipats i intranquils. El pacient va estar sempre conscient, amb capacitat d'animar els pares, exercint la seva autonomia davant d'ells, prenent decisions respecte al curs que seguien els esdeveniments. Per al pare va ser molt intensa la relació afectiva amb el fill mentre es va estar a l'UCI. Encara que entre ells hi havia una relació habitual, es va produir una expressió més gran de sentiments entre l'un i l'altre, que va permetre al pare verbalitzar i manifestar que l'estimava molt.

Objectius de treball social sanitari:

- Donar suport emocional als pares, que es troben en una primera fase d'impotència, de culpabilitzar tothom, d'adaptar-se a una situació i a un medi hospitalari determinat, i a més, sense haver acabat el procés d'adaptació, els demanen que es traslladin a una altra comunitat autònoma.
- Ensenyar habilitats per a relacionar-se amb la companyia asseguradora del vehicle sinistrat i de l'empresa que havia organitzat l'esdeveniment.
- Gestionar el llit en l'hospital adequat. En la documentació s'aporta l'informe de treball social sanitari. Els pares van acceptar el compromís per a la tornada. Una vegada feta la sol·licitud, els pares viuen amb angoixa l'espera de la concessió del llit i els tràmits amb la companyia d'assegurances. Hi ha d'haver coordinació amb el servei d'admissió i amb tots els professionals de planta.
- Normalitzar i actualitzar la situació de demandant d'ocupació, per a poder gestionar la incapacitat permanent, que es farà quan s'haurà estabilitzat en l'hospital de destinació.
- Una vegada fet el trasllat, s'ha de mantenir el contacte amb la família fins que es confirmi que s'han adaptat al nou medi i que estan atesos en el procés.

9.5. Treball social sanitari en el servei d'urgències hospitalari

Segons el diccionari de la Reial Acadèmia Espanyola, *urgències* és la "sección de los hospitales en que se atiende a los enfermos y heridos graves que necesitan cuidados médicos inmediatos". I una *emergència* és la "situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata".

Segons la Societat Europea de Medicina d'Urgència:

"La medicina d'urgència és una especialitat basada en el coneixement i les aptituds necessàries per a prevenir, diagnosticar i tractar els aspectes urgents i emergents de les malalties i dels accidents que afecta pacients de tots els grups d'edat, amb tot un espectre d'alteracions físiques i de conducta. És una especialitat en què el **temps és essencial**. La pràctica de la medicina d'urgència abraça el triatge pre- i intrahospitalari, la reanimació cardiopulmonar, la valoració inicial i el tractament d'urgència fins a l'alta o la transferència de les cures a un altre metge o professional del sistema de salut. També inclou la implicació en el desenvolupament de sistemes d'emergència mèdica pre- i intrahospitalaris".

Societat Europea de Medicina d'Urgència (setembre del 2007).

La urgència hospitalària pot incloure atencions que no comportin risc vital, però que requereixin una resolució en un espai curt de temps, per a curació o com a tractament pal·liatiu. Per exemple, les fractures d'ossos o un dolor còlic. O pot incloure atencions de risc vital, que comportin un temps de resolució encara més curt que la urgència, a més d'una **coordinació** amb la resta de serveis de l'hospital. Aquest aspecte és molt important.

No abordarem aquí les grans emergències o catàstrofes, que hem vist en un altre crèdit. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix *urgència* de la manera següent:

"L'aparició fortuïta (imprevista o inesperada) en qualsevol lloc o activitat d'un problema de causa diversa i gravetat variable que genera en el subjecte que el té o en la seva família la consciència d'una necessitat imminent d'atenció".

El concepte de *generar la consciència* és molt interessant, perquè aquí sorgeix moltes vegades el conflicte. El que per al personal sanitari de vegades no és urgent, ho pot semblar al pacient o a la família. Això depèn de la influència que tinguin en el seu cas els factors d'aprenentatge cultural, els recursos sanitaris de què es disposi en aquest entorn, els factors psicosocials, la seva capacitat resolutiva i el moment vital en què estan. Si no, no s'explica com passa també el contrari, és a dir, que la persona triga massa a acudir al servei. Es tracta de diferenciar una urgència real d'una de sentida, una urgència vertadera d'una de no vertadera, fent servir el llenguatge mèdic? Si ho analitzem des de la percepció del pacient, totes les urgències s'han de considerar vertaderes. La persona (o si no, la família) sent la necessitat de ser atesa per un servei mèdic, sent que la seva vida perilla en moltes ocasions, o que els símptomes que presenta són desconeguts, i això li genera por.

Si és així, des de quina àrea professional i amb quines eines s'ha d'abordar? Són, sens dubte, elements per a reflexionar-hi.

Quins són els objectius del pacient o de la família respecte al servei?:

- La millora o curació?
- La desaparició del dolor?
- La desaparició de la por que se sent davant el dolor?
- La solitud davant el dolor, davant el pronòstic, davant la mort?
- Buscar un allotjament calent en ple hivern?
- Amagar-se d'un agressor?

El tracte de la urgència des del punt de vista clínic exclusivament pot voler significar, en alguns casos, un fracàs del sistema d'atenció. Algunes vegades això es tradueix en pacients hiperfreqüentadors d'urgències, que no veuen resolta la seva demanda malgrat que són vistos unes quantes vegades, fins i tot el mateix dia, en el servei.

Si partim del fet que la persona és indivisible i juntament amb la malaltia l'acompanya tot l'equipatge vital, és evident que la urgència social també està unida a la urgència sanitària, dins el mateix sistema sanitari.

Abans d'arribar a la coordinació sociosanitària entre sistemes (social, sanitari, educatiu), és bàsic que hi hagi la xarxa d'atenció sociosanitària dins el sistema sanitari. Sense aquesta aquella és impossible.

Malgrat que han passat vint-i-tres anys, en el treball que es va dur a terme a l'Hospital Reina Sofia de Tudela (Navarra) ja es descrivia la influència de l'àmbit psicosocial en l'abordatge en aquest servei:

"Los servicios de urgencias se caracterizan por haber visto incrementada su demanda, consecuencia principal de la cultura de la prisa, de la falta de soporte, y también de la buena imagen pública de los servicios sanitarios. Y como tal servicio de urgencias se les caracteriza por hacerse cargo de pacientes que presentan una teórica situación crítica (física) que condiciona una uniformidad emocional basada en la angustia, el miedo y el desconcierto. Por tanto, el desarrollo de una atención integral donde se cubra también esta situación psicosocial especial puede incidir de forma directa en el grado de satisfacción recibida".

"Trabajo social en urgencias" (1986, juliol i agost). *Emergencias. Revista oficial de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias* (vol. 8, núm. 4).

L'atenció emocional no és propietat de cap professional, sinó que hi col·laboren totes les disciplines, però l'abordatge d'aspectes psicosocials des del treball social sanitari col·labora en aquesta atenció integral, sense deixar de banda la naturalesa pròpia del treball social sanitari, que aporta formació en relacions interpersonals. Atendre els aspectes psicosocials en les urgències contribueix a una reacció equilibrada davant qualsevol situació sanitària.

9.5.1. Característiques dels serveis d'urgències d'un hospital

El servei d'urgències d'un hospital és la porta d'entrada a l'atenció especialitzada, en la majoria de les ocasions sense cap mena de filtre sanitari. De vegades, és una derivació des de primària, però gairebé en tots els casos la ciutadania coneix el seu dret a ser atès només a partir de la seva pròpia percepció de la malaltia. Això provoca algunes dificultats:

- La massificació dels serveis. Presses en el diagnòstic, en la presa de decisions: inseguretat en el personal facultatiu.
- La falta d'estabilitat laboral. Alta mobilitat del personal, que dificulta l'organització del servei.
- Els problemes per a atendre situacions amb dificultats de comunicació pel factor temps. Per exemple, en els casos de discapacitat, de menors o d'immigrants que no parlin ni català ni castellà.

9.5.2. Valoració preliminar de la urgència: triatge

El procés de valoració clínica preliminar ordena els pacients abans de la valoració diagnòstica i terapèutica completa en funció del grau d'urgència, de manera que, en una situació de saturació del servei o de disminució de recursos, els pacients més urgents són tractats primer. Als hospitals, en general, està en mans del personal d'infermeria. Prioritza el compromís vital i les possibles complicacions, es basa absolutament en indicadors clínics, sense tenir en compte cap indicador de factors psicosocials. Per això és tan important que hi hagi treball social sanitari en urgències per a atendre tots els aspectes psicosocials més enllà del triatge. Per exemple, un home de noranta anys es pot definir amb una situació clínica de poc risc vital, però no obstant això, el diagnòstic posterior, després de cinc hores d'espera, pot ser de claudicació familiar. Si hi hagués un abordatge interdisciplinari, amb intervenció de treball social sanitari amb la família, es podria treballar la prevenció de reingrés, d'hiperfreqüentació en el servei, evitar la institucionalització d'aquest pacient i estalviar-li un trasllat a un servei sanitari quan el que necessita és un altre tipus de servei. En aquesta tipologia de casos és especialment important la derivació a treball social sanitari d'atenció primària de salut, per a arribar a un diagnòstic social sanitari adequat i aplicar el tractament social corresponent.

9.5.3. Accés del pacient al servei de treball social sanitari de l'hospital

Als hospitals en què no hi ha la figura permanent del treballador social sanitari a urgències, l'atenció de les persones és mediatitzada pel que decideix davant cada pacient el personal de medicina i d'infermeria.

Per això és tan important que des del treball social sanitari s'assenyalin indicadors de risc que per procediment impliquin un cribratge (*screening*). El treball social sanitari fa una gran feina educativa en aquesta àrea, per mirar que no els derivin situacions que no els són pròpies i per evitar que moltes situacions que requereixen intervenció social es quedin sense atendre.

L'absència de treball social sanitari fa que l'ajuda "social" es percebi des de la filantropia i no des de l'ajuda professional.

Només en alguns hospitals hi ha la figura del treballador social sanitari nit i dia.

En la majoria de centres és un servei a què s'acudeix després de la demanda que es fa al servei de treball social sanitari de l'hospital. L'objectiu és que aquest servei de treball social sanitari tingui un programa d'atenció a les urgències.

El perfil professional de la figura del treballador social sanitari a urgències, a més del que hem exposat en la primera part, exigeix una capacitat de valoració i intervenció ràpida, moltes vegades amb una informació mínima.

9.5.4. Intervenció des del treball social sanitari a urgències

A priori, i tret que el volum d'urgències indiqui el contrari, el servei d'urgències dels hospitals generals ha de disposar de treball social sanitari nit i dia. Això implica que estigui integrat en el servei i que tingui la informació adequada.

Vegem alguns dels aspectes que cal tenir en compte en relació amb el treball social sanitari a urgències:

- El factor de dedicació comporta dur a terme la intervenció adequada des de l'ingrés en el servei, sense esperar que ho demanin els sanitaris, i poder intervenir proactivament per factors de risc socio sanitari.
- El punt anterior confereix un caràcter propi a l'atenció a urgències.
- L'atenció professional individualitzada equival a una atenció professional que ha de donar una resposta ràpida primer i orientar després. No es pot perdre de vista el servei en què estem ni la dinàmica de l'atenció. De la mateixa manera que el metge atén l'hemorràgia, i després deriva la persona a la consulta d'un especialista o la ingressa, des del treball social sanitari s'atén la urgència psicosocial, i es fa ús dels recursos externs en la derivació i coordinació. Aquí és important destacar el paper de detecció de cas social sanitari i la derivació d'aquest cas a l'àmbit primari de salut, però no solament des del punt de vista de l'atenció integral, sinó també com a prevenció de reingressos en el servei d'urgències.
- El perfil del treballador social sanitari ha de ser com el que hem indicat en la primera part, encara que remarquem la importància de la capacitat de gestionar, *la immediatesa i la ràpida que exigeix aquest lloc* i, recordem-ho especialment, un alt coneixement dels recursos intrahospitalaris i extrahospitalaris. En la majoria dels casos no hi ha temps de fer consultes, ni de fer recerca de recursos. Per tant, s'exigeix un alt grau de coneixement de la xarxa comunitària.
- El treballador social sanitari ha de tenir coneixements sobre bioètica, autonomia, capacitat i competència en particular, pel mateix motiu que hem exposat en el punt anterior. De vegades es requereix una intervenció intensa però àgil, que ha de tenir implícit aquest maneig.
- El professional socio sanitari ha de tenir una alta especialització en patologies: a causa de la diversitat de diagnòstics mèdics, la seva formació ha de començar adquirint coneixement dels que són més freqüents.

- El treballador social sanitari ha de tenir també una alta especialització en tècniques de comunicació, d'intervenció familiar, d'intervenció en crisi, de dol.
- El professional sociosanitari ha de tenir una visió integradora entre serveis. El mateix servei d'urgències està comunicat amb la resta de l'hospital mitjançant un sistema àgil que permet una comunicació ràpida i eficaç. El treballador social sanitari ha de mantenir aquesta comunicació amb la resta de professionals del servei de treball social sanitari. Davant un ingrés hospitalari en un altre servei, ha de comunicar amb antelació la història social elaborada i les actuacions començades dins el tractament social, i avançar-se així a les necessitats i col·laborar a planificar l'alta en aquest ingrés.

La intervenció és totalment diferent en funció de les situacions que a les persones se'ls hagin presentat de manera imprevista (no és el mateix un accident de trànsit que una atenció d'una persona amb malaltia crònica o amb una demència) i la repercussió que tinguin en la seva vida personal (no és el mateix una fractura de maluc per a una persona que viu sola i traslladada a urgències que per a algú que té suport). Segons el cas, caldrà intervenció professional per a resoldre o canalitzar la situació i mirar de no allargar l'ingrés, o una situació d'exclusió, que pot ser des de localitzar familiars i definir l'interlocutor vàlid, fins a fer l'acompanyament emocional, donar informació personal o familiar, coordinar-se amb altres serveis interhospitalaris i extrahospitalaris, i també gestionar recursos o trasllats.

Algunes de les situacions que es presenten a urgències i en les quals fa falta la intervenció des de l'àmbit psicosocial són les següents:

- Persones grans que viuen soles, persones incapaces –encara que no hi hagi incapacitat legal– sense suport.
- Presumpció d'agressions a menors.
- Traumatisme cranioencefàlic.
- Violència de gènere.
- Interrupció voluntària d'embaràs de menors.
- Persones hiperfreqüentadores del servei.
- Persones estrangeres amb dificultats.
- Persones sense identificar.
- Defunció sense suport.
- Mort en situacions de necessitat.
- Pacients i famílies amb diagnòstics difícils, relacionats amb malalties degeneratives o terminals, d'afectació neurològica.
- Descompensació de patologia base o diagnòstics psiquiàtrics.
- Situacions de crisi com l'èxitus o l'espera a defunció en urgències.
- Accidents laborals, de trànsit o d'altres.

El servei de treball social sanitari atén moltes situacions, que van des d'aspectes familiars, fins a sanitaris o d'altres, passant per laborals o econòmics.

La intervenció sociosanitària en el servei d'urgències es pot donar de dues maneres:

- A demanda, de manera espontània tal com van arribant les urgències. Segons quina sigui l'actitud o el coneixement del personal sanitari respecte del treball social sanitari, la demanda serà més gran o menys. No es tracta que hi hagi només alta hospitalària des d'urgències, sinó que n'hi hagi de qualitat i que s'atengui les persones amb criteri d'equitat.
- Per programes, de manera proactiva, és a dir, organitzada basant-se en factors de risc, situacions susceptibles de vulnerabilitat, etc.

Els treballadors socials sanitaris també necessiten una estructura i uns criteris de coordinació amb la resta de professionals. Per a això treballen els aspectes següents:

- L'orientació del funcionament de l'hospital mateix i del servei de salut corresponent respecte a serveis o prestacions o altres serveis i institucions, amb l'objectiu de col·laborar en cadascuna de les situacions que s'atenen.
- La intervenció d'una part psicosocial, en totes les situacions de crisi i patiment, la mort o el risc de mort, situacions difícils per a les mateixes persones i per al personal d'urgències.
- La intervenció de treball social en l'àrea psicosocial l'hem desenvolupada abans en el crèdit. D'altra banda, cal esmentar, entre altres actuacions, les de localitzar familiars de les persones ateses per treball social sanitari, identificar l'interlocutor vàlid, donar informació de jutjat, ajudar el metge a conscienciar de la no-necessitat d'ingrés, contactar amb la companyia d'assegurances o mútua, o oferir suport davant informacions difícils.
- La coordinació de la gestió de derivacions i trasllats interhospitalaris.
- El paper de potenciador dels drets i deures de la població.
- La col·laboració a estudiar les millores en l'atenció integral i a conèixer el grau de satisfacció de les persones ateses i els seus familiars.

Cas pràctic d'atenció a una persona atesa en el servei d'urgències des del treball social sanitari de l'hospital

Resum d'història de treball social sanitari informatitzada: Carmen, de setanta anys. Arriba al servei d'urgències el dimarts a les onze del matí, traslladada per una ambulància convencional. Ha tingut una síncope al carrer quan anava a comprar, i els vianants han demanat la intervenció d'urgències per telèfon. Quan arriba al servei

d'urgències es recupera totalment. Clínicament, li diagnostiquen una "síncope vagal", i la remetent al metge de família per a fer-li un seguiment.

El personal d'infermeria detecta una situació d'higiene deficient. La Carmen diu que vol tornar a casa seva de seguida, verbalitza que el seu fill, que presenta discapacitat intel·lectual, la hi espera i que ella és la responsable d'administrar-li el menjar abans d'anar-se'n al taller ocupacional on treballa.

Se sol·licita una interconsulta al servei de treball social sanitari. Infermeria transmet que considera que és una situació de risc.

La Carmen sembla que té dificultats per a cuidar-se tota sola. Ja ha tingut aquestes síncoptes en diverses ocasions. A més, es cuida d'un fill discapacitat.

Diagnòstic social sanitari: en aquest cas no es pot construir un diagnòstic social sanitari perquè no hi ha el context per a fer-ho. El cas requereix immediatesa, i no hi ha temps per a consultar i contrastar fonts. És indicat fer una aproximació diagnòstica, semblant al judici clínic que elaboren els professionals de medicina: "Dona amb una malaltia aguda resolta, cuidadora principal d'una persona discapacitada, que presenta limitacions en l'autocura".

- Quin tipus d'intervenció s'ha de plantejar? Una atenció professional individualitzada, o una intervenció des d'un procediment de treball social de cas?
- De quant temps disposem per a la nostra intervenció?

Des del servei mèdic té l'alta hospitalària. Per tant, excepte que es consideri que és una alta amb molt risc per factors socials, caldrà determinar l'objectiu de la intervenció de manera ràpida i oferir una atenció professional individualitzada. En aquest cas, es tracta de fer el següent:

- Recollir el màxim d'informació possible per a fer la derivació a l'atenció primària de salut, i que des d'aquí s'elabori el diagnòstic social sanitari i s'assenyalin les línies de la intervenció.
- Tenir el permís de la pacient per a continuar el tractament social després que l'atenció primària sanitària li hagi donat l'alta de l'hospital.

És molt important recollir la informació en l'informe de treball social sanitari d'alta, instrument professional que assegura la continuïtat entre els diferents àmbits d'atenció. Aquest informe rendibilitza el temps del professional que el rep i afavoreix que la intervenció sigui continuada amb la de l'àmbit hospitalari.

9.6. Treball social sanitari en el servei de vigilància intensiva

En vigilància intensiva, la mort és una realitat molt probable, més probable que en un altre servei. El terme *pacient crític* cobra aquí tot el protagonisme. Una UCI, dita també *unitat de vigilància intensiva* (UVI), és una instal·lació especial d'un hospital que proporciona medicina intensiva. Hi ha molts hospitals que han habilitat àrees de vigilància intensiva per a algunes especialitats mèdiques. Segons el volum de pacients ingressats, hi pot haver diverses UVI especialitzades en diferents àrees de la medicina, com ara les següents:

- Cures intensives cardiològiques o unitat coronària.
- Unitat postoperatòria de cirurgia cardíaca.
- Trasplantament d'òrgans.
- Cures intensives psiquiàtriques.
- Cures postoperatòries, encara que la majoria són UCI polivalents.

Si la població pediàtrica ho justifica, es creen unitats de cures intensives pediàtriques. Hem de diferenciar aquestes unitats de les unitats neonatals, en què els pacients es mouen en un rang estret d'edat conegut com a *període neonatal* (des del naixement i fins que han fet vint-i-vuit dies).

La medicina intensiva és una especialitat mèdica dedicada a subministrar suport vital o suport als sistemes orgànics en els pacients que estan críticament malalts i que, en general, també requereixen supervisió i monitoratge intensiu.

Les persones que requereixen cures intensives també acostumen a necessitar suport per a la inestabilitat hemodinàmica (hipotensió), per a les vies aèries o el compromís respiratori o el fracàs renal, i sovint per a tots tres. Els pacients admesos a les UCI, que no requereixen el suport que hem esmentat abans, en general són admesos per a la supervisió intensiva o invasora, habitualment després de cirurgia major.

Les cures intensives se solen oferir només als pacients que tenen una condició potencialment reversible i que tenen possibilitat de sobreviure amb l'ajuda d'aquestes cures. Com que els malalts crítics són a prop de la mort, el resultat d'aquesta intervenció és difícil de predir. En conseqüència, encara es moren molts pacients a les unitats de cures intensives. Un requisit a l'admissió en una UVI és que la condició subjacent pugui ser superada. Per tant, el tractament intensiu només es fa servir per a guanyar temps amb la finalitat que l'aflicció aguda es pugui resoldre.

És reconegut que les malalties crítiques no solament causen tensió emocional en el cos, sinó també una severa tensió emocional en el pacient, igual que en els seus familiars i amics. S'espera sovint un canvi sobtat en la condició dels pacients, sia en recuperació o mort. En comparació de les unitats generals, a l'UCI els pacients i els familiars són testimonis d'un alt volum d'emergències i mort entre els pacients veïns. Moltes vegades és la primera experiència per als familiars, que no estan preparats per a acceptar la realitat de la gravetat del pacient.

Per l'organització, les famílies només poden accedir a la persona hospitalitzada generalment dues vegades al dia, a l'entorn de mitja hora. Això comporta el següent:

- Una gran ansietat en les visites, pel fet de no poder assistir de prop i de manera continuada a l'evolució clínica del seu familiar.
- Un problema d'allotjament, en molts casos, perquè no tenen una habitació per a estar-se amb la persona malalta, encara que només sigui una butaca abatible i un lavabo.

9.6.1. Intervenció des del treball social sanitari en l'UCI

El treballador social sanitari col·labora amb el personal de medicina i d'infermeria a identificar les necessitats emocionals dels pacients i els familiars, col·labora a afavorir una comunicació basada a tenir l'oportunitat de fer preguntes, en l'expressió de les seves preocupacions i pors, els ajuda a superar la crisi, els dóna suport emocional, en discuteix les preocupacions i ofereix ajuda amb els seus sentiments de culpabilitat i en afers com les decisions de cura o el pla d'alta de l'hospital.

La situació de la família d'un pacient a l'UCI es caracteritza per la presència d'un trauma emocional condicionat per la presència de múltiples sentiments com por, tensió, enuig, ansietat i depressió. En aquest context, el treballador social sanitari es fa imprescindible en els casos següents:

- En l'enllaç entre el personal de l'UCI i la família.
- En la contenció de l'angoixa i de la càrrega emocional que genera l'estat crític.
- En les habilitats de comunicació: comunicar males notícies, acompanyar en tràmits relacionats amb aquestes males notícies.
- Quan no hi ha família, ni xarxa de suport, el treballador social sanitari s'ha d'assegurar que aquest motiu no interfereix en els drets de la persona. El pacient ha de tenir a l'abast les prestacions que li corresponen, i el professional de treball social sanitari s'ha d'encarregar de fer les gestions que la persona no pugui fer (per exemple, notificar l'ingrés hospitalari a un jutjat on està citat o gestionar la baixa laboral) i de defensar els seus drets com a persona no capaç en aquest moment.
- A l'hora de l'alta, el pacient i la seva família són acomiadats per l'equip de cures del servei, equip amb el qual s'han generat llaços de confiança terapèutica, i es veuen obligats a relacionar-se amb un nou equip de cures, que en moltes ocasions no saben qui és. Aquest procés de continuïtat pot ser especialment fràgil en els casos de debut en les situacions de dependència i vulnerabilitat per a pacients o famílies que no estaven preparats prèviament. El treballador social sanitari s'ha d'assegurar de la continuïtat de l'atenció social mitjançant la derivació dins el seu propi servei. Ha d'elaborar el seu comiat i la recepció del nou professional com a base reductora de l'ansietat davant el canvi.

9.6.2. Limitació de l'esforç terapèutic. Voluntats anticipades

Encara que d'aquest tema ja n'hem tractat àmpliament en un altre crèdit, hi fem referència pel fet de parlar d'un servei com l'UCI.

La tecnologia mèdica és capaç d'intervenir cada vegada amb més potència i agressivitat en els processos de salut i malaltia de les persones. Aquesta capacitat, que en principi és desitjable, també té inconvenients. Doncs bé, s'entén per *limitació de l'esforç terapèutic* (LET) la decisió de restringir o cancel·lar algun tipus de mesures quan es percep una desproporció entre les finalitats i els mitjans del tractament, amb l'objectiu de no caure en l'obstinació terapèutica. En les UCI, la LET està relacionada directament amb la formalització o no de les voluntats anticipades o testament vital.

El *document de voluntats anticipades* és un document escrit en què s'exposa la voluntat sobre els tractaments mèdics i les cures que es volen rebre o rebutjar si, arribat el moment, la persona que el formula perd la capacitat de participar en la presa de decisions. Té dret a manifestar els seus objectius vitals i valors personals qualsevol persona major d'edat que actui lliurement i que no hagi estat incapacitada judicialment. L'equip sanitari i el sistema d'atenció sanitària estan obligats a tenir-los en compte, i en cas que calgui adoptar decisions clíniques rellevants, les han d'aplicar d'acord amb el que estableix la llei.

En aquest context, i vist ara només des de la perspectiva dels drets del pacient, és fonamental elaborar la història de treball social sanitari de tots els ingressos i identificar les relacions familiars, les afectives, les limitacions per al diagnòstic, per a la participació en les cures, i també en els aspectes següents:

- Els processos de comunicació de males notícies.
- La localització de familiars en accidents.
- L'ajuda en el trasllat a hospitals de referència.
- El suport a la família en la cerca d'allotjaments mentre duri l'ingrés a l'UCI.
- L'ajuda en la reorganització familiar: de vegades hi ha pacients ingressats amb càrregues familiars, amb menors a càrrec seu.

En la coordinació amb l'equip sanitari del servei, aquest equip ha de mantenir un grau adequat d'informació sobre l'evolució del pacient amb el treballador social sanitari, com a element pont de relació entre la família i l'equip.

Destaca la importància del registre de la història sociosanitària, ja que, excepte en el cas de les defuncions, la resta de pacients emigra després a un altre servei on s'ha de recollir la història sociosanitària amb el tractament que s'ha fet fins llavors, de manera que és un instrument d'"enllaç" i de coordinació entre els treballadors socials sanitaris de la institució.

Cas pràctic d'atenció a una persona hospitalitzada a l'UCI des del treball social sanitari de l'hospital

Resum de la història de treball social sanitari informatitzada: Roberto, de quaranta-set anys. Arriba a urgències i entra en coma abans de l'entrevista clínica. Es fa un trasllat intern a l'UCI.

L'única informació que s'ha recollit en l'entrevista de triatge en el servei d'urgències, abans d'entrar en coma de manera inesperada, és que està de pas en aquest municipi, que ve d'una altra comunitat autònoma i que no té família. Explica a infermeria que viu en una caseta dins la finca d'un senyor per al qual treballa.

Es fa una recerca amb les fonts identificades fins a aquest moment: la infermera i la metgessa d'urgències que el van rebre i la documentació que ell aportava (es comprova davant de testimonis).

Diagnòstic social sanitari: "Persona sense família, amb malaltia orgànica invalidadora, cobertura sanitària en una altra comunitat autònoma, sense representant legal ni formal, amb la capacitat de competència nul·la en aquest moment. Comencen les gestions de cerca de contactes a partir de la poca informació disponible".

La treballadora social sanitària contacta per telèfon –entre la documentació revisada hi ha aquest número de telèfon– amb la persona que li havia cedit la caseta per a viure.

Es tracta d'una persona nascuda a Madrid, transeünt fins que va arribar a Osca a treballar en la temporada agrícola fa set anys, i des de llavors viu en una caseta cedida. Havia dit que no tenia família. Manté contacte amb una religiosa d'un alberg de Saragossa. Es contacta amb aquesta persona, que reitera la informació.

Econòmicament, percep una pensió no contributiva gestionada a Osca, per la qual cosa té un compte en una entitat bancària a la mateixa província.

La seva cobertura sanitària també està gestionada a Osca. Té la targeta sanitària d'Aragó.

Afectivament, la família que l'acull al seu terreny verbalitza que li té afecte, i demana que el traslladin a l'hospital més pròxim per poder-lo visitar, encara que diu que no es vol fer càrrec de les cures.

En coordinació amb l'equip sanitari, se sol·licita el trasllat a l'hospital de referència en el moment que la seva situació crítica ho permeti. Mentrestant, la treballadora social sanitària està en contacte amb la seva xarxa de suport, els manté informats i els demana la informació que cal per a gestionar el trasllat.

En aquest cas, és interessant tenir en compte que si s'hagués tractat d'una persona en situació laboral activa s'hauria de gestionar la incapacitat laboral transitòria en coordinació amb la seva xarxa de suport i el treballador social sanitari del centre de salut de referència. Si hi hagués hagut cap sospita que té familiars, s'hauria de dur a terme una recerca en aquest sentit per a intentar localitzar-los (possible coordinació amb jutge, policia judicial).

Queden interrogants per a reflexionar-hi, des del punt de vista ètic: no sabem si aquest pacient, com que no és competent per a decidir (no es pot comunicar), hauria volgut localitzar la seva família o no, ni quina opinió tenia sobre les mesures que calia aplicar-li en el servei. Aquí queda posat de manifest la importància de les voluntats anticipades en el sistema sanitari. Si no n'hi ha, s'ha de treballar amb criteris de beneficència (fer el bé).

L'alternativa, d'acord amb l'ús de recursos sanitaris propis de cada comunitat autònoma, va ser gestionar el trasllat a la seva comunitat autònoma de referència per a continuar l'hospitalització. Prèviament, es va informar de manera adequada el jutjat.

9.7. Treball social sanitari en el servei de neurologia

Les patologies més freqüents que cal atendre en neurologia són l'ictus, la malaltia de Parkinson i l'esclerosi múltiple. Tot seguit descriurem algunes característiques de cadascuna d'aquestes patologies:

a) Característiques dels ACV

Aquesta malaltia vascular afecta les artèries del cervell o que arriben al cervell. És, també, una causa freqüent de discapacitat permanent, la qual cosa repercuteix molt significativament en les persones afectades, en les famílies i en la comunitat.

Les malalties cerebrovasculares o ictus se situen en el tercer lloc del rànquing de les causes de mort més freqüents als països desenvolupats, per darrere de la malaltia coronària i del càncer. També són la causa més important de morbiditat i discapacitat a llarg termini a Europa, la qual cosa comporta una càrrega econòmica important. "Se calcula que en el año 2007 murieron en todo el mundo unos 59 millones de personas y que las enfermedades cerebrovasculares fueron la causa de la muerte en el 10% de los casos y la causa de discapacidad en otros muchos millones" (*Guía de práctica clínica sobre la prevención primaria y secundaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo).

Sol aparèixer de manera sobtada, amb l'impacte que això comporta per a la persona i per a la família. Com a seqüeles, presenta paràlisi o pèrdua de força a la meitat del cos, de la cara o de les extremitats, trastorns de la parla, de l'equilibri, cognitius (l'atenció, la concentració i la memòria queden afectades), emocionals (quadres depressius, labilitat, ansietat), dèficits motors, dolor. Això requereix diverses actuacions:

- Una atenció interdisciplinària per definició, amb objectius d'atenció integral: neuròleg, rehabilitador, fisioterapeuta, neuropsicòleg, terapeuta ocupacional, treballador social sanitari.
- Un acompanyament des del principi. El treballador social sanitari és un membre imprescindible de l'equip: l'acolliment, la contenció emocional, la intervenció social. Això vol dir col·laborar en la tornada de la persona al seu entorn i des d'aquí potenciar els seus aspectes positius perquè per si mateixa pugui afrontar la seva realitat vital, o fins i tot modificar-la.

b) Característiques de la malaltia de Parkinson

Malaltia progressiva, es caracteritza per la degeneració d'unes neurones situades en una regió del cervell anomenades *ganglis basals*. Aquestes neurones fabriquen la dopamina, encarregada del control correcte dels moviments.

Al començament es presenten símptomes poc específics, com tremolor, rigidesa, dolors articulars, quadre depressiu de llarga durada. Després evoluciona amb tremolors més importants, rigidesa muscular que impedeix tasques com vestir-se o caminar, trastorns del son, fatiga. Es produeix un *aïllament social* per la incapacitat de controlar els moviments i la dificultat per a ser autònom, per a agafar un transport públic. Tot plegat comporta una deterioració de la imatge. Això repercuteix en la relació de parella, familiar, laboral.

c) Característiques d'esclerosi múltiple

Malaltia degenerativa desmielinitzant del sistema nerviós central. Els símptomes apareixen de manera gradual o en forma de brots.

Encara que amb el tractament es pot tenir durant molts anys un elevat grau de mobilitat, la por que en qualsevol moment es produeixi una crisi incapacitadora causa gran ansietat a la persona afectada.

A més dels símptomes físics (astènia, dispnea, espasmes, rampes, problemes de visió, etc.) i dels cognoscitius (pèrdua de memòria, dificultat per a fer tasques senzilles), els aspectes emocionals (tristesa, ràbia, por, ira, impotència) tenen implicacions socials importants, especialment quan interfereixen amb la feina, l'escola i la vida familiar.

9.7.1. Característiques socials que acompanyen diagnòstics neurològics que generen dependència

Les característiques socials que acompanyen diagnòstics neurològics que generen dependència són les següents:

- Canvis en l'estructura i la dinàmica familiar, relacional, laboral, emocional.
- Pèrdua de funció social.
- Aïllament.
- Canvi en aspectes econòmics: pèrdua econòmica.
- Sobrecàrrega de l'entorn: estrès de la persona cuidadora.
- Canvis forçosos en l'àmbit personal, en el físic, en l'emocional.
- Deterioració en la funció cognitiva i dificultats, de vegades incapacitat, en la presa de decisions per l'afectació neurològica. Dificultats familiars per a manejar els problemes conductuals.
- Situacions d'ansietat i de nerviosisme davant l'alta hospitalària.

9.7.2. Intervenció de treball social sanitari

En la intervenció de treball social sanitari cal destacar els elements següents:

- Detectar situacions de risc sociosanitari (cribratge).

- Afavorir els processos de canvi personal, familiar i social, donar-hi suport i col·laborar-hi.
- Reduir l'angoixa, elaborar mecanismes d'adaptació, intercanviar, verbalitzar sensacions, valoracions.
- Crear una relació de confiança.
- Valorar estratègies, minimitzar riscos socials i preparar la reinserció familiar. Tècniques d'escolta que ja hem descrit; tècniques de suport emocional: llenguatge assequible, preguntes obertes, comunicació positiva, no fer servir paraules d'espant o amenaça, no amagar informació, però sí parlar d'informació que puguin assumir, oferir confiança i seguretat, adequar el to de veu, facilitar l'expressió de sentiments, contrarestar l'angoixa, la tristesa i el dolor, etc.
- Identificar necessitats posthospitalàries. Identificar la persona cuidadora, les formes de cura de la persona cuidadora, el coneixement dels suports comunitaris, les ajudes tècniques.
- Tenir en compte la situació laboral de la persona per a orientar-la en incapacitats temporals, invalidesa, etc.
- Assegurar la continuïtat de l'atenció sociosanitària, coordinar-se amb l'atenció primària de salut.
- Informar de l'accés a recursos i prestacions, incloent-hi les associacions d'afectats, facilitar aquest accés i, si cal, gestionar-lo.

Cas pràctic d'atenció a una persona amb diagnòstic de malaltia de Parkinson des del treball social sanitari de l'hospital

Resum de la història de treball social sanitari informatitzada: Mercedes, de cinquanta-quatre anys. Diagnosticada de malaltia de Parkinson fa vuit anys, en tractament amb els últims fàrmacs. Està casada, té dos fills, que ja estan emancipats. Conviu amb el seu marit, amb qui té una relació afectiva estable. La seva activitat laboral és la d'administrativa d'una empresa de serveis.

La seva situació laboral és activa. En l'última revisió de la incapacitat temporal, l'Institut Nacional de la Seguretat Social li va prescriure l'alta, situació contra la qual ella volia recórrer perquè considerava que el seu estat era d'invalidesa permanent.

En una consulta de revisió de neurologia, li proposen d'administrar-li un fàrmac nou, ja que amb el tractament actual no millorava. L'admet i comença l'administració d'aquest fàrmac.

Al cap de sis mesos, en la següent consulta de revisió, la Mercedes exposa al neuròleg el següent:

- Diu que té "sentiments i sensacions noves": havia començat a tenir una conducta ludòpata, jugant amb les màquines dels establiments hotelers, participant en programes concurs de televisió, fins al punt de faltar a la feina per anar a establiments de joc.

- A conseqüència d'això, va fer una mala administració de l'economia familiar i va amagar informació al cònjuge, la qual cosa va fer que adquirís deutes importants.
- Tenia problemes laborals perquè la malaltia avançava i no podia exercir les tasques professionals habituals del seu lloc de treball.
- Com a conseqüència d'aquesta simptomatologia, la relació de parella s'havia deteriorat significativament. A més, havia amagat als fills el problema de la ludopatia, de manera que també els apartava del seu procés neurològic.
- Presentava dificultats per a conduir el seu vehicle pels símptomes de la malaltia i, per tant, per a desplaçar-se a la feina; no tenia suports per la deterioració de les relacions familiars.

En la revisió, el servei mèdic li indica que el problema actual de ludopatia que presenta és un efecte secundari de l'última medicació pautaada, fet que ella no sabia. El facultatiu de neurologia fa la derivació a la treballadora social sanitària perquè l'orienti en l'àmbit laboral.

Diagnòstic social sanitari: "Dona amb una malaltia crònica neurològica, amb un conflicte en les seves relacions familiars i amb unes despeses extraordinàries derivades de la malaltia, amb solitud en el procés, amb dificultats per a acomplir les tasques laborals i dificultats perquè els serveis d'inspecció reconguin la seva incapacitat".

La intervenció de treball social sanitari passa pels punts següents:

- Orientar-la en l'àmbit laboral.
- Orientar-la en l'exercici del seu dret amb una reclamació per la falta d'informació davant els efectes secundaris.
- Treball social familiar: orientar-la i donar-li suport a l'hora de comunicar a la parella i als fills el que ha passat. Aconsellar-la sobre la manera de demanar ajuda a la seva xarxa familiar, fer l'acompanyament emocional en el procés.
- Estudiar la situació econòmica actual i orientar-la a buscar alternatives.
- Dur a terme la coordinació amb neurologia per a saber el tractament actual i els efectes secundaris possibles.

9.8. Treball social sanitari en el servei de psiquiatria

Algunes de les característiques d'una unitat d'aguts de psiquiatria són les següents:

La unitat d'aguts de psiquiatria s'ha projectat com una unitat dirigida a persones adultes que pateixen d'un trastorn psiquiàtric agut i que requereixen un abordatge intensiu breu.

La procedència pot ser del servei d'urgències hospitalari, o bé del centre de salut mental de referència, o bé de l'hospitalització des d'un altre servei mèdic.

Des del punt de vista estructural, la unitat es concep com una unitat tancada, dotada de dispositius de contenció o aïllament i de vigilància intensiva, amb zones d'allotjament i zones d'estar diferenciades, encara que pròximes.

Parlem de pacients amb trastorn mental greu en els casos següents:

- Psicosis orgànica.
- Esquizofrènia i trastorn paranoide.

- Psicosi afectiva, depressions majors.
- Tèmpatives de suïcidi.
- Altres psicosis.
- Trastorns greus de la personalitat.
- Retard mental amb trastorn del comportament.
- Trastorn obsessivocompulsiu.
- Agorafòbia greu.
- Trastorn de la conducta alimentària.
- Trastorn profund del desenvolupament en l'infant.
- Trastorn a causa del consum de substàncies psicotròpiques.

Parlem de pacients amb trastorn mental menys greu en els casos següents:

- Trastorns distímics.
- Trastorns ansiosos.
- Trastorns somatomorfs.
- Trastorn de l'adaptació.
- Altres trastorns neuròtics.
- Factors ambientals.
- Trastorns menys greus de començament en la infància.

Aquesta classificació pertany al Programa d'atenció a persones amb trastorns mentals greus (gener del 2005, Govern de Navarra).

L'esquizofrènia, pel fet de ser un dels trastorns freqüents atesos en les unitats o serveis de psiquiatria en hospitalització, l'exposarem d'una manera més àmplia. No es pot fer una intervenció de treball social sanitari sense conèixer la malaltia, les diferents fases que té.

L'edat d'aparició està compresa entre els quinze i els quaranta-cinc anys, encara que sol començar al final de l'adolescència. També hi ha casos (molt rars) d'aparició en la infància que se solen emmascarar amb problemes escolars o de mal comportament.

Els símptomes comuns en les persones adultes, com les al·lucinacions i els deliris, són extremament rars abans de l'adolescència.

Una persona amb diagnòstic d'esquizofrènia en general manifesta deliris, al·lucinacions, alteracions afectives (en l'ànim o en les emocions), del llenguatge i conductuals, i també un pensament desorganitzat.

En el crèdit dedicat a la salut mental es desenvolupa àmpliament l'esquizofrènia. La idea de la bogeria ha existit des d'antic i les primeres dades que poden estar relacionades amb símptomes psicòtics daten del 2000 abans de Crist en el *Llibre dels cors*, part de l'antic papir d'Ebers.

Al llarg dels anys, als països occidentals l'esquizofrènia s'ha classificat com a simple, catatònica, hebefrènica o paranoide.

El Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM), de l'Associació Psiquiàtrica dels Estats Units, conté en l'actualitat cinc tipus d'esquizofrènia, i la Classificació internacional estadística de malalties i problemes de salut (CIE) en descriu set:

- (F20.0/295.3) Paranoide. Hi predominen els sentiments de persecució, els deliris de grandesa i les al·lucinacions auditives i els deliris. El DSM exigeix que no hi hagi desorganització en el llenguatge, ni afectivitat inadequada.
- (F20.1/295.1) Desorganitzat o hebefrènic. Hi predomina el discurs i el comportament desorganitzat sense cap propòsit, i també una afectivitat inadequada.
- (F20.2/295.2) Catatònic. Té importants alteracions psicomotores com la flexibilitat cèria (com un ninot de cera), i pot arribar fins a l'estupor catatònic, la qual cosa comporta una incapacitat per a cuidar-se de les necessitats personals.
- (F20.3/295.9) Indiferenciat. Presenta símptomes psicòtics, però no compleixen criteris per als tipus anteriors.
- (F20.5/295.6) Residual. Els símptomes positius són presents només en baixa intensitat.

Les xifres són codis de la CIE i del DSM. L'OMS en reconeix dos tipus més:

- (F20.4) Depressió postesquizofrènia.
- (F20.6) Esquizofrènia simple: té un desenvolupament insidiós.

En l'actualitat, en psiquiatria els símptomes s'agrupen en cinc dimensions:

1) Símptomes positius: són les manifestacions que el pacient mostra o experimenta i que les persones sanes no solen presentar.

2) Símptomes negatius: són les coses que el pacient deixa de fer i que els individus sans poden afrontar quotidianament, com pensar amb fluïdesa i amb lògica, experimentar sentiments envers altres persones, tenir voluntat d'aixecar-se cada dia.

3) Símptomes cognitius: són els que provoquen més discapacitat social.

4) Síntomes afectius: es consideren símptomes negatius la irritabilitat, la preocupació, la tensió, l'humor depressiu, l'apatia o falta de motivació, la desesperança, la paranoia i les idees o intents de suïcidi.

5) Síntomes socials o ocupacionals: hostilitat, impulsivitat, aïllament, conducta antisocial.

La malaltia i les seves fases:

1) Fase prodròmica: és la fase en la vida de la persona que es produeix abans de desencadenar-se la malaltia. Es pot constatar que algunes de les persones que tenen la malaltia ja havien estat diferents en la infantesa i en la joventut: solitàries, callades, amb rendiment baix.

2) Fase activa: és la fase en què es desencadena la malaltia, els anomenats *brots* o *crisis*; els símptomes que es produeixen són els positius: al·lucinacions, deliris, trastorns del pensament, etc. En aquesta fase la família sol alarmar-se i demanar ajuda mèdica.

3) Fase residual: no la pateixen tots els malalts, i en aquesta fase els símptomes negatius arriben al cim, i la deterioració personal, social i laboral pot ser greu.

El tractament pot ser de dos tipus:

a) Farmacològic: el tractament de l'esquizofrènia es basa fonamentalment en fàrmacs anomenats *antipsicòtics*, que controlen els símptomes actius.

b) Per rehabilitació psicosocial: consisteix a ensenyar o capacitar habilitats laborals, tècniques d'habilitats socials, especialment per a viure en comunitat. De vegades amb psicoteràpia individual, grups d'autoajuda i intervenció de treball social sanitari dins un equip interdisciplinari (individual i familiar); és fonamental que la persona deixi de tenir al·lucinacions, deliris, però també que recuperi els hàbits de vida, que estigui ocupada tot el dia, que tingui el seu grup social de referència.

9.8.1. Intervenció del treball social sanitari a l'hospital

La intervenció del treball social sanitari s'ha de dur a terme sempre de manera programada, amb tres objectius clars:

1) Detectar situacions de risc social, partint de la base que hi ha uns criteris de risc sociosanitari observats que permetin inferir la presència d'un problema social. Cal fer un cribratge, i en funció del resultat, passar a la intervenció directa. Per exemple, alguns dels criteris de risc són els següents:

- Persones que debuten amb malaltia mental.
- Persones que viuen soles.

- Persones més grans de seixanta-cinc anys.
- Dones amb fills menors.

2) Atendre problemes socials que ja estaven diagnosticats pel treball social d'altres serveis o entitats, o en ingressos anteriors.

3) Prevenir futurs problemes socials. Recolzant-nos en els resultats de la intervenció, podem treballar a planificar els recursos que facin falta. Per exemple, si es detecta que ingressen persones sense recurs d'habitatge i no hi ha el recurs de patronatge protegit o un de semblant, es podrà plantejar la necessitat d'aquest recurs en la comunitat.

Els objectius de la intervenció són els següents:

- Aportar els aspectes sociofamiliars de la persona hospitalitzada.
- Aportar el diagnòstic social sanitari.
- Definir la intervenció juntament amb l'equip sanitari:
 - Organitzar la coordinació interhospitalària i extrahospitalària amb professionals o recursos: petició de llits, coordinació amb ambulàncies, amb recursos de mitjana estada, comunitats terapèutiques, etc.
 - Ajudar en la reorganització familiar: fer de suport en les crisis, restablir les relacions familiars, etc.
 - Donar suport a la persona cuidadora.
 - Fer l'acompanyament emocional.
 - Derivar a treball social sanitari des de l'atenció primària de salut o del centre de salut mental per a continuar el tractament sociosanitari després de l'alta.

En relació amb l'autonomia i la competència –hem de tenir present que hi hem fet referència en crèdits anteriors i que ho ampliarem en el següent–, hem de ressaltar que pel fet que sigui un malalt mental no s'ha de deixar de respectar l'autonomia del pacient. Tampoc no s'ha de determinar que un pacient no és competent per la seva malaltia mental. En tot cas, l'equip interdisciplinari ha d'estudiar de manera personalitzada les àrees en què pugui tenir la competència al 100% i les àrees en què hagi disminuït o desaparegut. Les famílies, moltes vegades a causa del cansament que comporta la cura de malalts mentals crònics residuals, demanen la institucionalització durant l'ingrés hospitalari, perquè entenen que un ingrés judicial en el servei de l'hospital facilita el pas a aquesta incapacitat legal, i no és així. Per a cada decisió que cal prendre, s'ha de tornar a valorar la competència del pacient, i aportar els aspectes psicosocials que comporta la malaltia en el seu entorn natural.

Cas pràctic d'atenció a una persona atesa a la unitat d'aguts de psiquiatria des del treball social sanitari de l'hospital

Resum d'història de treball social sanitari informatitzada: dona de vuitanta-set anys. És soltera i viu sola. Els veïns la van sentir cridar i van sol·licitar la intervenció de la policia, que la va traslladar al servei d'urgències de l'hospital.

Una vegada atesa, ingressa en principi al servei de geriatria, i una vegada feta la valoració integral de la situació que presenta amb la informació recollida de les fonts (policia, veïns, treballadora social sanitària i metge d'atenció primària) i atesa la patologia geriàtrica que presentava, es decideix l'ingrés en el servei de psiquiatria amb el diagnòstic de trastorn de la personalitat amb trets paranoics i de manifestació de la síndrome de Diògenes.

Diagnòstic social sanitari: "Dona gran, amb una malaltia psíquica, sense familiars directes. La seva situació de convivència és que viu sola, no té una xarxa social de suport i té una capacitat d'autonomia presumptament disminuïda. Es descarta que tingui familiars o persones de referència i s'està esperant que s'ampliï el diagnòstic mèdic. El cas es presentarà al jutjat per a prendre mesures cautelars".

Aquest és el resum d'una situació complicada.

La treballadora social sanitària va coordinar la recollida d'informació de totes les fonts i les proves (fotogràfiques de la policia). També va coordinar l'elaboració de l'informe conjunt entre l'àmbit primari i especialitzat per presentar al jutjat.

Es va treballar amb la persona tota l'estona la conscienciació de la seva necessitat d'ajuda, i també la informació de tot el seu procés, les gestions que s'anaven fent, etc. Al final hi va haver una resolució judicial d'incapacitat legal amb mesures cautelars d'ingrés involuntari en un centre gerontològic, però no obstant això, va col·laborar amb els seus mitjans econòmics per a aquest ingrés.

9.9. Treball social sanitari amb nadons amb alteracions en el desenvolupament o amb risc de patir-ne

Parlem d'una realitat que implica diferents serveis mèdics:

- Servei de ginecologia i obstetrícia.
- Servei de pediatria.
- Infermeria d'hospitalització d'aquests dos serveis.
- Treball social sanitari.

El naixement d'un fill comporta per als pares una font d'incertesa sobre la seva pròpia capacitat per a exercir com a tals i per a conèixer les reaccions normals o anormals del menor, el ritme de creixement, l'aprenentatge i el desenvolupament que ha de seguir. En definitiva, els pares d'un nadó, fins i tot si no és el primer fill, tenen dubtes sobre tot el que fa referència al desenvolupament normal del seu nadó. Si a aquestes condicions prèvies hi afegim que es tracta d'un nadó amb alteracions en el desenvolupament, el pronòstic del qual és incert, els dubtes i les pors dels pares es multipliquen, la qual cosa fa que aparegui ansietat i preocupació, que poden provocar una interferència en la relació pares-fill. Això comporta un procés d'acceptació i adaptació molt complicat, amb una necessitat d'acompanyament i assessorament molt important (vegeu www.anfasnavarra.org).

També, com a característica especial, cal tenir en compte que l'atenció a aquests menors es fa des de tres serveis, de manera lineal, però també encavalcada: quan la mare ha donat a llum i està hospitalitzada, quan és atesa per ginecologia, quan el menor està hospitalitzat i és atès per pediatria. El treballador social sanitari ha de tenir en compte aquest fet, recollint informació de tots dos serveis i definint objectius de treball conjunts, que passen per donar el mateix missatge a les persones ateses. Això implica una feina intensa de coordinació, en temps i en espai.

La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, estableix en la disposició addicional tretzena, "Protecció dels menors de tres anys", el següent:

"Sense perjudici dels serveis establerts en els àmbits educatiu i sanitari, el Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència ha d'atendre les necessitats d'ajuda a domicili i, si s'escau, prestacions econòmiques vinculades i per a atencions a l'entorn familiar a favor dels nens menors de tres anys acreditats en situació de dependència. L'instrument de valoració que preveu l'article 27 d'aquesta Llei incorpora a aquests efectes una escala de valoració específica".

La Llei orgànica 3/2007, de 22 de març, per a la igualtat efectiva d'homes i dones, va ampliar el permís de descans per maternitat en els supòsits de discapacitat. El Reial decret 504/2007, de 20 d'abril, pel qual s'aprova el barem de valoració de la situació de dependència establert per la llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, estableix en la seva disposició addicional tercera que per a acreditar la discapacitat del fill o menor acollit s'ha d'aplicar l'escala de valoració específica per a menors de tres anys, i que també és aplicable el barem que estableix el Reial decret 1971/1999, de 23 de desembre, sobre procediment per al reconeixement, la declaració i la qualificació del grau de minusvalidesa. El Reial decret 1198/2007, de 14 de setembre, modifica el Reial decret 504/2007, de 20 d'abril, en matèria de reconeixement de descans per maternitat en els supòsits de discapacitat del fill i de reconeixement de la necessitat d'assistència de tercera persona en les prestacions no contributives.

Els objectius del treball social sanitari amb nadons que tenen trastorns o presenten risc de tenir-ne són els següents:

- Oferir acompanyament emocional a la mare i al pare, en particular, i a la família, en general, durant l'hospitalització:
 - Ajudar en la contenció emocional, en l'expressió de sentiments, en la interpretació de les diferents fases: ràbia, culpa, ansietat, desesperança, por.
 - Reforçar el sistema de la parella.
 - Reorganitzar els rols de la família extensa, amb l'objectiu de fer de suport davant la invasió de la intimitat.
- Donar una primera informació d'orientació, adequada al seu procés emocional. Els terminis per a algunes prestacions de vegades no acompanyen

els processos emocionals, però són qüestions que cal abordar per a no perdre drets.

- Treballar en coordinació amb infermeria i medicina el reforç dels llaços afectius, de l'estimació, i manejar tot això sabent la proximitat de la mort en alguns moments. Ajudar en la contradicció entre les necessitats que presenta el nadó (establir llaços) i, de vegades, el seu mal pronòstic.
- Establir un pont entre l'expressió de sentiments i dubtes dels pares i el servei mèdic.
- Assegurar la continuïtat del tractament social, psicològic i d'estimulació del fill després de l'alta hospitalària.
- Treballar el dol si es produeix defunció. En aquests serveis la relació entre els pares i el personal sanitari es torna habitualment de confiança en les persones que poden salvar la vida d'un fill. Per això, és aquí on cal fer una primera intervenció en el dol: reconeixement de la seva feina, de la seva participació i implicació.

Diagnòstic social sanitari i tractament social: elaboració del diagnòstic social sanitari, que ha de determinar les fortaleses de què disposen els progenitors, que cal reforçar, i els aspectes vulnerables sobre els quals cal treballar, establint el tractament social adequat:

- Acompanyament emocional: escolta activa, possibilitar el plor, etc.
- Informació o orientació.
- Sol·licitud de recursos o prestacions:
 - Sol·licitud de valoració de dependència.
 - Sol·licitud de reconeixement de minusvalidesa.
 - Sol·licitud d'ampliació del permís per descans de maternitat.
 - Sol·licitud de programa d'atenció precoç.
 - Sol·licitud de la prestació familiar per fill minusvàlid a càrrec (INSS).
- Informe de treball social sanitari de derivació. Es tracta de l'instrument que permet al treballador social del centre de salut de referència continuar el tractament social després de l'alta, la qual cosa assegura que no es trenqui el circuit sociosanitari d'atenció. Si es dona l'alta hospitalària, solen ser menors que reingressen per a intervencions pendents o amb patologia aguda no resolta. La coordinació entre primària i especialitzada és fonamental perquè el tractament social no es vegi interromput en cap de les dues direccions.

Cas pràctic d'atenció a una família amb un nadó amb alteracions en el desenvolupament des del treball social sanitari de l'hospital

Resum de la història social informatitzada: Maria, de trenta-quatre anys. Està embarassada i espera el primer fill, després de dos avortaments espontanis. L'embaràs ha evolucionat bé, no s'ha detectat cap anomalia. Després del part, el personal facultatiu decideix traslladar el nadó a una altra àrea del servei i més endavant informa els pares que el nen ha nascut amb diverses malformacions i que el pronòstic de vida és curt. Els preparen per a una defunció del nen en qualsevol moment.

Al cap d'un mes, el nen encara és viu, i evoluciona favorablement dins les seves limitacions: sembla que presenta dolor continu, està irritable, i l'administració del menjar té lloc per via nasogàstrica.

Els pares, que s'havien allunyat del menor per por d'establir vincles amb un fill amb pronòstic de defunció (fan visites esporàdiques, mai sols, sempre amb un familiar, no estableixen contacte físic amb el menor), estan bloquejats i estan empipats amb el personal sanitari que va atendre l'embaràs i el part. Aquesta situació emocional dificulta que es pugui avançar a l'hora d'establir una relació mare-pare-fill. No hi ha actitud d'abandó del menor.

Diagnòstic social sanitari: "Nadó amb alteracions en el desenvolupament, pares en situació emocional d'alt estrès i incapacitat per a assumir la situació, amb relació conflictiva en la comunicació amb el personal sanitari. S'intervé en l'esfera de la relació entre la parella i per a reforçar el vincle amb el fill. Es fa un acompanyament en les gestions derivades del reconeixement de la discapacitat".

Objectius de treball social sanitari:

- Acompanyar el procés emocional, atenent cada etapa.
- Liderar la coordinació entre els serveis implicats. El treball social sanitari, com que és un servei extern, pot assumir aquesta funció amb un resultat d'èxit: està en contacte amb la família, amb el seu sistema exterior a l'hospital, coneix les seves xarxes de suport, la seva història familiar, i a més té accés als dos serveis que atenen la família.
- Garantir el dret del menor establert per la llei pel fet de trobar-se en situació de negació o bloqueig emocional.
- Vetllar pels drets del menor. Informar les autoritats competents en cas d'abandó del menor o de negligència.

Cas pràctic d'atenció a un menor atès en els serveis mèdics d'urgències, UCI, traumatologia pediàtrica, pediatria

Com que l'hospital, a més dels serveis que hem exposat, té altres serveis mèdics que no hem descrit detalladament, adjuntem un cas social sanitari en què es reflecteix la importància de la interrelació dins l'hospital mateix i la necessitat d'altres instàncies per a enfocar i orientar un cas social sanitari.

Enquadrament professional, institucional, àmbit hospitalari: des del servei d'urgències es demana la intervenció de treball social sanitari. Ha ingressat, traslladat pel 112, un menor de dotze anys després d'haver estat atropellat. El menor, d'una banda, està acompanyat per una persona que s'identifica com el seu pare, però que, de l'altra, diu que no sap com es diu el menor. En les dades del servei d'admissió consten altres ingressos amb altres noms. A més, es presenta una situació d'alt risc vital i amb probables seqüeles greus que han causat invalidesa. Indicador de risc socio-sanitari.

Coneixement de la realitat: en la primera entrevista, l'home, d'ètnia gitana, que segons explica no sap ni llegir ni escriure, diu (treu de la butxaca un certificat de part, molt espatllat però ben conservat en un dossier de plàstic, on es pot llegir amb claredat que la mare és la Maria) que el menor es diu Luis, però que vol que es digui Juan i que consti en els "papers" que la mare és la Josefa (la seva actual companya), que és qui l'ha criat. Amb la seva companya actual hi té dos fills més de cinc anys i de sis, i n'esperen un altre. No té feina. També explica que el menor estava sol quan va ser atropellat mentre travessava una carretera a dos quarts d'onze del matí, prop

d'on tenen instal·lat l'habitatge, una caravana. El senyor presenta una completa falta d'higiene i s'està a l'hospital gairebé de manera continuada.

Quan li demanen per la mare biològica del menor, diu –empipat– que no en sap res perquè fa molts anys que se'n va anar amb una altra parella, encara que sap on viu – diu el nom del poble–, però no vol que la informin, ni que s'acosti a veure el menor. Tots dos són de minoria ètnica, i les famílies d'origen a què pertanyen s'ignoren però es controlen alhora, saben sempre on és cadascun. La mare té la seva pròpia unitat familiar.

S'indica al senyor que hem de saber la identitat de la mare. Aporta el resguard del DNI, que l'ha d'anar a recollir.

Internament, i amb les autoritzacions pertinents per a accedir als registres de l'hospital (per exemple, el llibre de parts), s'investiga dins l'àmbit hospitalari, i es pot constatar que, en efecte, hi va haver un part en aquelles dates i que era la mateixa Maria. A més, en aquell moment hi va haver una intervenció de la treballadora social sanitària en la qual es van treballar els aspectes següents:

- Com que no estaven casats civilment, es va suggerir que anessin tots dos, perquè és un dret del menor, al Registre Civil a inscriure'l, i a més de manera excepcional perquè ja havien passat els vint dies des del part (segons la legislació sobre aquest tema en aquell moment). Hi va haver derivació a atenció primària i s'havia informat la fiscalia de menors. Es va poder comprovar que no havien fet la inscripció.
- Es va identificar un germà del pare, col·laborador com a suport del seu germà.

A més de la facilitada pel "presumpt" pare en aquell moment, hi havia altres fonts d'informació:

- La policia, que va atendre el sinistre i que en facilita la referència.
- La companyia d'assegurances del vehicle, que indica que el menor no travessava pel pas de vianants, i per tant és responsable del sinistre (això era una manifestació de l'asseguradora de desentendre's, en principi, del sinistre).
- La treballadora social sanitària del centre de salut on viu la "presumpt" mare informa que aquesta mare presenta una situació de crisi, d'angoixa, i diu que "és coneixedora del sinistre, que té por, que està molt preocupada, que ella té la seva vida, la seva família, i que tot això és una interferència en la seva vida actual, encara que pateix molt per aquest fill des que va decidir fer una altra vida fora d'aquesta unitat familiar".

Cal treballar partint de la base d'etapes metodològiques professionals, seguint un ordre del procés i emprant uns criteris clars, concrets i precisos.

Interpretació tècnica de la realitat: quan se saben les dades sobre la situació o el problema d'aquesta realitat (contextualitzar) i sobre la manera com s'hi ha arribat, cal definir el diagnòstic social sanitari, establint la naturalesa i magnitud dels problemes, i també la jerarquització d'aquests problemes en funció de criteris d'intervenció, els factors més rellevants i la determinació del tractament social, a més d'acordar els instruments disponibles:

- Estratègia de la intervenció professional.
- Execució: concretar el procés d'intervenció, les tècniques, la relació professional.
- Instruments vàlids emprats.

Descripció dels problemes socials sanitaris davant el risc vital del menor:

Diagnòstic social sanitari: "Menor, sense documentació que n'acrediti la identificació. Ha tingut un accident de trànsit, amb greus seqüeles invalidadores. No és autònom per a les activitats de la vida diària (AVD). Queda en una situació social vulnerable i d'exclusió social. Cal fer-ne l'atenció a l'alta hospitalària. Hem de confirmar que els qui diu que són els pares ho són realment. Treballarem amb el menor i en funció de les seqüeles gestionarem el reconeixement de la discapacitat per a atendre'l".

Fets amb què ens trobem:

- Crisi emocional, impacte emocional.
- Menor sense identificar.

- Desconeixement de la identitat del qui diu que és el pare. Actitud del pare: el menor és molt important per a ell, "n'ha guardat el certificat del part des de fa anys".
- Enfrontament d'ètnia entre els dos presumptes pares.
- Accident de trànsit.
- Mala higiene del pare quan acudeix a l'hospital.
- Sense cobertura administrativa d'assistència sanitària.
- Malaltia invalidadora, amb seqüeles greus que se saben irreversibles.
- Menor sense escolaritzar (fins als setze anys).
- Menor desatès. Nen d'un alt risc social. No anava a escola i estava sol.
- Minoria ètnica, itinerant.
- Habitatge: caravana que presenta insalubritat, falta d'higiene i barreres arquitectòniques.
- Absència d'ingressos.

Estratègia professional: és bàsic establir tècniques d'acolliment del pare i la seva companya, i tenir-hi proximitat professional per a la conscienciació que la *mare del menor té drets*, i el menor també a tenir la seva mare. Per a això es busca com a suport la col·laboració del germà del pare.

Si això no fos possible, cal informar el Departament de Menors i la Fiscalia del Menor. Més endavant, en el procés cal establir contacte amb aquesta fiscalia, una vegada superada la fase de col·laboració dels dos pares, perquè faciliti tot el procés en el jutjat i, especialment, en l'atenció del menor.

Instàncies que intervenen:

- Hospital:
 - La treballadora social sanitària que actua de gestora del cas.
 - Serveis mèdics: urgències, UCI, traumatologia infantil, unitats d'infermeria.
 - Servei d'admissió, facturació.
- Extrahospitalari:
 - Policia: Atestats.
 - Direcció General de Família.
 - Centre de salut.
 - Justícia: Registre Civil, jutjat, Fiscalia de Menors, centre base de reconeixement de minusvalidesa, Col·legi d'Advocats, companyia d'assegurances.
- Família extensa de la parella conjugal.

Principis ètics: encara que el pare no hagués volgut (autonomia), s'hauria informat la presumpta mare, probablement amb ordre judicial o sense, perquè per damunt d'això hi ha el dret del menor a tenir la seva mare. També es va treballar amb la companya del pare.

Respecte als valors com a minoria ètnica, cal tenir-los presents per a poder treballar amb la seva col·laboració. Es van tenir en compte sempre.

Tractament sociosanitari. Objectius amb els seus processos: el protagonista d'aquesta intervenció és el menor, per la qual cosa al llarg del procés es té en compte l'avaluació constant de la seva situació sanitària, a més d'atendre'n els aspectes emocionals.

Els objectius:

- Ajudar els pares en el procés d'acceptació i adaptació de les seqüeles que presenta el menor al llarg de tot el procés d'atenció.
- Preparar el menor per a les relacions amb els pares, per a acceptar el canvi de nom i per a l'ingrés de manera provisional en un centre.
- Localitzar i potenciar la col·laboració del germà del pare, per la relació que manté d'autoritat sobre el germà, i la influència que hi té. És pare de família i coneix el procediment del Registre Civil.
- Treballar juntament amb el germà, amb el presumpte pare i la companya del pare (cal tenir present la figura d'aquesta dona, encara que no accepti la mare del nen):
 - Analitzar la situació, drets i deures dels dos presumptes pares.
 - Estudiar les possibilitats que hi ha d'arribar a un acord, col·laborant separatament per a evitar situacions violentes. Amb l'home, aspectes d'higiene per-

sonal per a poder estar d'acompanyant a l'hospital (facilitar-li roba neta i que vagi als banys públics).

- Organitzar la coordinació amb la treballadora social d'atenció primària de salut que atén la mare. Suport emocional.
- Facilitar les visites al menor de la presumpta mare a l'UCI a hores diferents que el pare, en coordinació amb els professionals de l'UCI.
- Aglutinar tota la informació del menor obtinguda a l'hospital i de la presumpta mare: llibre de parts, històries clíniques.
- Elaborar un informe de treball social sanitari respecte als fets a partir de la documentació obtinguda en les diferents fonts per a derivar el cas al secretari del Jutjat del Registre Civil, i treballar en coordinació amb ell la identificació del menor (partida de naixement).
Com que s'havia enviat quan tocava i fins i tot s'havia intentat localitzar els presumptes pares, la informació obtinguda en aquella ocasió va facilitar que es pogués agilitar el procés.
- Preparar i ensenyar habilitats de maneig als presumptes pares per a les actuacions en el Registre Civil en coordinació amb el treball social sanitari d'atenció primària sanitària.
- Valors. Aspecte molt delicat per les característiques de rivalitat entre les famílies d'aquesta minoria. Es va fer tot el que es va poder perquè es veiessin tan poc com fos possible. Primer el pare va recollir el DNI, a la Policia Nacional; la mare ja el tenia. Es va organitzar amb testimonis de les dues parts que els coneixien a ells i que també coneixien les relacions que tenien i el naixement del menor. Se'ls va facilitar d'accedir al Palau de Justícia per portes diferents.
- Acompanyar els pares per a prevenir enfrontaments en el Registre Civil. El llibre de família es va gestionar per duplicat, amb la finalitat de lliurar-ne un a la mare i un altre al pare.
- Sol·licitar la cobertura sanitària del menor en el sistema públic (targeta sanitària individual, TIS). Situació de necessitat.
- Unificar les històries errònies, en la carpeta adequada, i també aclarir les dades d'identificació en el servei d'admissió.
- Sol·licitar un advocat d'ofici per a les relacions amb la companyia d'assegurances.
- Demanar totes les prestacions que facilitin la mobilitat del menor a la companyia d'assegurances, com la cadira de rodes.
- Sol·licitar el reconeixement de minusvalidesa per les seqüeles permanents. Quan va passar l'accident no hi havia la Llei de dependència; tot i que hi havia seqüeles que eren definitives, no ho eren totes, i caldria esperar l'alta mèdica a l'hospital.
- Valorar les dificultats que presenta el menor per a tornar a viure a la caravana.
- Sol·licitar al Negociat de Menors amb Dificultats Socials (Direcció General de Família) una plaça en un pis protegit, i mirar la protecció del menor: mesures cautelars, gestió d'una possible indemnització econòmica, companyia d'assegurances. Procurar, alhora, que els pares continuïn mantenint relació amb el menor.

Tècniques d'intervenció directa:

- Fer entrevistes per a aclarir, ajudar i buscar col·laboració. Tècniques d'expressió: preguntes obertes, tancades, escolta activa, repetició, citació.
- Informar i canviar actituds. Informació oral, deixar que facin preguntes, repetir els missatges i verificar que s'han entès, fer preguntes obertes per a saber la seva opinió; no se li pot facilitar per escrit perquè no sap llegir.
- Persuadir de la confrontació entre els pares, resumir i orientar els temes importants, fer referència a la confrontació i la manera d'abordar-la, focalitzar només el que afavoreix el menor, personalitzar la responsabilitat de cadascú.

- Fer un seguiment perquè acceptin l'autoritat professional com a coordinadora del treball que cal dur a terme; demostrar-los que hi ha feina per fer, ajudar-los en la presa de decisions i ensenyar-los habilitats respecte al que cal fer.
- Crear noves oportunitats en relació amb el nen.
- Estructurar una relació de treball i temps.
- Oferir suport emocional per la duresa de la situació, verbalitzar les seves pors, les seves preocupacions.

Tècniques d'intervenció indirecta:

- Establir la coordinació amb els professionals de l'hospital: UCI, medicina, infermeria, auxiliars i del servei d'admissió.
- Preparar la coordinació amb treballadors socials dels serveis socials i d'un centre de salut.
- Fixar la coordinació amb organismes: Negociat de Menors amb Dificultat Social (Direcció General de Família).
- Avaluar el que es va fer i introduir modificacions.
- Intervenir en l'entorn de la família, especialment la del pare.

La relació professional al llarg de tota l'hospitalització s'ha de basar en els aspectes següents:

- Escolta activa: escoltar, fer silenci, aclariments.
- Tècniques de suport: actitud d'interès, empatia, acolliment.
- Acceptació: no fer prejudicis, no criticar, confiar en les seves possibilitats, respectar la seva ètnia i saber com actuen en qüestions familiars.
- Comunicació clara, precisa, adaptada a la seva cultura i a la seva personalitat.
- Relació adulta, sense paternalisme. Buscar la seva col·laboració.
- Deixar-los temps per a reaccionar.
- Conductes no verbals d'acostament, proximitat en l'espai, actitud corporal, mímica, gest, direcció de la vista.

Instruments de treball: història sociosanitària. Convé destacar que la història clínica, de paper o informatitzada, ha de tenir el desenvolupament de la feina feta per treball social sanitari. És un instrument de coordinació interdisciplinària i de garantia de qualitat assistencial.

Els informes de treball social sanitari pertinents segons els objectius (derivació, gestió, etc.), per al Jutjat de Família, per al Negociat de Menors amb Dificultat, etc.

Bibliografia

Abaurrea, P. (1986). "Trabajo social en urgencias". *Emergencias. Revista Oficial de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias* (vol. 8, núm. 4). Navarra: Hospital Reina Sofía de Tudela. [Diplomada en Treball Social].

"Abordaje de la demencia". (2008). A: *Guía de actuación para la atención primaria y neurología*. Navarra: Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea).

Arricivita, A.; Pérez, P. (2005, setembre). "intervención psicosocial en catástrofes. El punto de vista de los actores". *Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar* (núm. 3). Barcelona: Institut de Serveis Sanitaris i Socials.

Aylwin, N.; Rodríguez, V. (1971). *Qué es el trabajo social en la actual perspectiva histórica chilena*. Santiago de Chile.

Brandenburg, A. de (1968). "Servicio social hospitalario. Cuadernos de asistencia social". *Revista de Servicios Sociales y Política Social* (núm. 64). Buenos Aires: Editorial Humanitas. [Citat a: D. Colom (2003). "El trabajo social hospitalario en transformación: hacia los nuevos retos y la mejora de competencias"].

Colom, D. (2000). *La planificación del alta hospitalaria*. Saragossa: Mira Editores. [Exhaurit].

Colom, D. (2007). "La gestión de la atención sociosanitaria". A: J. Villalobos. *Gestión sanitaria para los profesionales de la salud*. Madrid: McGraw-Hill.

Colom, D. (2008). *El trabajo social sanitario*. Madrid: Siglo XXI.

Colom, D. (2008). "El trabajo social sanitario: presencias y ausencias en el marco legal estatal y autonómico". *Revista de Servicios Sociales y Política Social* (núm. 82).

Colom, D. (2008). "El trabajo social sanitario y la planificación del alta sanitaria". *Revista de Políticas Sociales de Europa* (núm. 25-26).

Colomer, M. (1974). "Método de trabajo social". *Revista de Trabajo Social*. Barcelona: Asociación de Asistentes Sociales para el Estudio y Especialización del Trabajo Social.

Documento Sitges 2009: análisis y reflexiones sobre la capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia.

"El contexto social: un condicionante en el proceso de atención a la salud". A: *Jornada de Treball Social Sanitari*. Gijón: Hospital Jarrio.

Escartín, M. J.; Palomar, M.; Suárez, E. (1994). *Introducción al trabajo social*. Alacant: Editorial Aguaclara.

Gracia, D. (1991). "Principios y metodología de la bioética". A: A. Couceiro. *Bioética para clínicos*. Madrid: Editorial Triacastela.

Guía de organización del servicio de trabajo social en atención especializada (2000). Insalud.

Herramienta de diagnóstico e intervención social. Vitòria: Gobierno Vasco.

Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud (2007, diciembre). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejo Interterritorial del SNS-SbC de Sistemas de Información.

Jacoste, A. J.; Fernández, L. J.; Ayuso, T. (1997). *Si usted convive con un enfermo de Alzheimer. Guía práctica*. Tudela (Navarra).

Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

Llei orgànica 3/2007, de 22 de març, per a la igualtat efectiva d'homes i dones.

Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat.

Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut.

Llei 41/2002, de 14 novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.

Los objetivos de trabajo social hospitalario (1984). Madrid: Consejo General de los Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

Napal, C. (1992). "Aspectos sociales de los accidentes de tráfico". A: *Jornada d'Actualització del Servei d'Urgències*. Navarra: Hospital García Orcoyen Estella.

Programa de atención a personas con trastornos mentales graves (2005, gener). Navarra: Gobierno de Navarra.

Reial decret 1198/2007, de 14 de setembre, que modifica el Reial decret 504/2007, de 20 d'abril.

Reial decret 504/2007, de 20 d'abril, pel qual s'aprova el barem de valoració de la situació de dependència.

Richmond, M. (2008). *Diagnóstico social*. Madrid: Editorial Siglo XXI.

Rose, S.; Moore, V. L. (1995). *Características de los modelos de actuación profesional según se centren en la perspectiva del cliente o en la perspectiva de la institución*.

Sanzol, M.; Urra, J.; Peláez, M. A. i altres (1996). *PIC, Programa informático de casos*. Navarra: Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea).

Sociedad Europea de Medicina de Urgencia (2007, setembre).

Trecker, H. B. (1972). *Social Group Work, Principles and Practices*. Nova York: Association Press.

Woods, M. E.; Hollis, F. (2000). *Casework. A Psychosocial Therapy*. Boston: McGraw-Hill.

Internet

www.eusem.org

www.anfasnavarra.org

<http://www.cfnavarra.es/INBS/>

<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/REBECA2009.pdf>