

El treball social sanitari en atenció primària

María Concepción Abreu Velázquez

PID_00206273

Índex

Introducció	5
1. Consideracions entorn del treball social sanitari en equips multidisciplinaris	7
2. El rol dels treballadors socials sanitaris en els equips d'atenció primària	13
3. L'atenció directa a usuaris	15
3.1. La valoració psicosocial	18
3.2. La valoració psicosocial a menors	22
3.3. La valoració psicosocial a la gent gran	26
3.4. L'establiment del diagnòstic social sanitari	34
3.5. La intervenció	35
4. La recerca	40
5. La docència	42
5.1. La comunicació mitjançant la presentació oral en format digital	44
Resum	47
Bibliografia	49

Introducció

Els treballadors socials es van introduir en aquest àmbit com a conseqüència de la reforma sanitària començada al nostre país a partir de la promulgació de la Llei general de sanitat, de 25 d'abril de 1986. Aquesta incorporació va ser una novetat davant la dilatada trajectòria en hospitals i dispositius d'atenció a la salut mental. No es va tractar d'un fet casual, sinó que va ser el resultat de la connexió amb un procés històric començat arran dels canvis socials sobrevinguts amb la primera revolució industrial, al segle XIX. Durant aquest període s'origina en la medicina un corrent de més sensibilitat envers el context social que envolta la malaltia. Aquest procés és determinant per a començar una etapa de feina conjunta entre metges i treballadors socials, feina que ha continuat durant més d'un segle. En el primer semestre ho hem vist en més detall.

Avançat el segle XX, sorgeix en la societat anglesa un corrent de pensament que, partint d'una concepció holística de l'existència, atorga més rellevància als factors socials.

El concepte de *promoció de la salut*, un dels centres al voltant dels quals gravita l'actual model d'atenció primària sanitària, sorgeix en aquest context ideològic, i en països com els Estats Units es van implementant nous dispositius assistencials, com els centres d'higiene rural o centres de salut; aquest model és el que s'acaba estenen al nostre país.

A aquests elements s'hi uneixen els moviments socials dels anys seixanta, que posen en evidència la persistència de desigualtats tant en el terreny social com en el de l'assistència sanitària. D'aquesta contestació crítica al capitalisme sorgeix el paradigma ecològic, biològic i social que promou la justícia social i el canvi cap a una societat més igualitària.

Aquest paradigma el va recollir l'Organització Mundial de la Salut (OMS) en la Conferència d'Alma-Ata, el 1978, i es tradueix en la nova formulació del concepte de *salut*, que passa a definir-se de la manera següent:

"És l'estat de complet benestar físic, mental, social i espiritual, i no solament l'absència d'afeccions o malalties. La salut implica que totes les necessitats fonamentals estiguin cobertes: afectives, sanitàries, nutricionals, socials i culturals".

Conferència Internacional sobre Atenció Primària de Salut (1978, 6-12 de setembre). Alma-Ata: Organització Mundial de la Salut.

En els últims anys ha sorgit una controvèrsia entorn del concepte de *salut* i el paper de l'atenció primària en el si del sistema sanitari. En aquest debat, els defensors de l'atenció primària li atribueixen un paper central dins el sistema nacional de salut, i per tant convindria una dotació pressupostària més gran

Referència bibliogràfica

M. C. Abreu (2009). "El trabajo sociosanitario en la atención primaria de salud" [article en línia]. *ENE* (vol. 3, núm. 2).

i una aposta més decidida per aquest model. En canvi, els gestors sanitaris cada vegada destinen més recursos a l'atenció especialitzada sustentada en la tecnologia, el centre de la qual és l'hospital.

Aquesta situació, unida a la confluència d'altres factors, representa un obstacle per a dur a terme el treball social sanitari en l'atenció primària, que té el centre d'interès en els factors socials que intervenen en el procés salut-malaltia des de la prevenció, l'assistència, la promoció i la rehabilitació. El treballador social sanitari possibilita abordar la dimensió social de la salut.

Aquesta apreciació de la professió es deu a dos factors. El primer té a veure amb l'objecte d'estudi de la disciplina: l'ésser humà en interacció amb l'entorn. El segon, amb la seva articulació entorn de dos focus d'atenció: l'individu i la seva família i l'entorn comunitari.

Hem de tenir present que el treball social neix de la confluència, en terres americanes, de dos moviments socials sorgits en l'Anglaterra victoriana: la Societat per a l'Organització de la Caritat (Charity Organization Society), el 1869, i el moviment per a la reforma social *Settlement House*, el 1884. Aquest moviment, liderat per Jane Adams, va posar l'accent en la modificació de l'entorn, va promoure la reforma social i va ser l'origen del treball social comunitari i del treball social de grup. L'altre focus del treball social, la líder del qual va ser Mary E. Richmond, es va centrar en el treball amb l'individu i la seva família, i és l'anomenat *treball social de casos* (*social case work*).

Atenent aquesta dualitat focal de la disciplina, l'atenció primària de salut es presenta com un marc ideal per a desplegar el potencial del treball social sanitari, ja que propicia la intervenció en tots dos focus: l'individual i familiar, i el grupal i comunitari.

Referència bibliogràfica

M. C. Abreu (2009, setembre). "El trabajo sociosanitario en la atención primaria de salud" [article en línia]. *ENE* (vol. 3, núm. 2).

1. Consideracions entorn del treball social sanitari en equips multidisciplinaris

Durant la formació de pregrau, els treballadors socials adquirim els fonaments teòrics de la disciplina al costat de la noció d'un futur desenvolupament professional en el marc d'una interacció continuada amb altres professions amb les quals compartirem espai laboral, sia en les institucions públiques o associacions, sia en el context de la pràctica privada. Aquesta noció està relacionada amb la construcció històrica de la disciplina, amb una aportació rellevant d'altres ciències, com la psiquiatria, la psicologia o la sociologia, la qual cosa afavoreix la concepció de la complexitat de l'objecte d'intervenció. Al seu torn, el treball social com a ciència incorpora intrínsecament com a axioma la impossibilitat de qualsevol disciplina de poder respondre per si mateixa a les complexes i canviants necessitats humanes. Un altre element que hem de considerar és que l'ús dels recursos socials en la intervenció professional, que és una particularitat dels treballadors socials, comporta la trobada i l'intercanvi amb professionals d'altres branques del saber. La fonamentació de l'ús dels recursos socials està recollida en la definició de *treball social* de Manuel Moix.

"La ciencia que estudia, investiga y hace progresar la actividad de ayuda técnica y organizada, ejercida sobre las personas, los grupos y las comunidades, tratando de ayudarles a que se ayuden a sí mismos, con el fin de procurar su más plena realización y mejor funcionamiento social, y su mayor bienestar mediante la activación de los recursos internos y externos, principalmente los ofrecidos por los servicios sociales y por las instituciones y los sistemas de bienestar social".

M. Moix (2006). *Teoría del trabajo social* (pàg. 259). Madrid: Editorial Síntesis.

Cal tenir en compte, a més, la notable variabilitat d'aquests sabers, ja que al llarg de la nostra vida laboral com a treballadors socials sanitaris estarem obligats a interaccionar amb metges (amb les seves diferents especialitats), infermers, psicòlegs, advocats, fiscals i un llarg etcètera. Aquest conjunt de factors afavoreix la predisposició dels treballadors socials al diàleg amb altres professions, si bé no és menys cert que, a la pràctica, trobem que aquest intercanvi no està sempre exempt d'ambigüitats i tensions.

La pràctica professional d'un treballador social sanitari està lligada per força a l'intercanvi amb altres professions. Així, s'estableixen dues categories relacionals:

- El treballador social sanitari forma part d'un equip multiprofessional en les institucions sanitàries i sociosanitàries. A la pràctica, constatem que la majoria de les interrelacions s'estableixen amb altres professionals sanitaris, sia com a integrants d'un mateix equip assistencial o com a membres d'altres equips de la xarxa assistencial de l'atenció especialitzada. Hem de tenir present que bona part de l'activitat professional la duem a terme en el context intern del sistema sanitari, sense gairebé implicar-hi altres or-

ganismes. Per exemple, quan un usuari presenta una situació d'incapacitat laboral, en l'atenció als malalts terminals, en les campanyes sanitàries, en el treball amb grups.

- El treballador social sanitari, dins aquests equips multiprofessionals, fa ús dels recursos socials en el marc d'una intervenció o un tractament psicossocial. Aquesta activitat comporta l'exercici del rol d'enllaç de l'equip d'atenció primària amb la comunitat de referència.

En aquest apartat de l'assignatura abordarem la primera de les categories relacionals, aquella en què el treballador social sanitari forma part d'un equip multidisciplinari. La segona categoria fa referència a les funcions que s'exerceixen en l'àrea de la coordinació sociosanitària. D'aquesta categoria en tractarem de manera específica més endavant, en un altre apartat.

Les bondats del treball en equip multidisciplinari les han fonamentades teòricament molts autors. Per a la Societat Espanyola de Psiquiatria, l'objecte del treball, o la tasca d'un equip multidisciplinari, és el següent:

"Programar y desarrollar actividades que sean capaces de proveer, restablecer o mejorar la salud mental de la comunidad y para conseguir esto dispone de la ventaja de reunir distintas disciplinas y paradigmas".

Manual de la Sociedad Española de Psiquiatría [document en línia]. [Data de consulta: 1 de febrer de 2002].
<<http://www.sepsiq.org/>>

Seguint el concepte d'*equip multidisciplinari* de la Societat Espanyola de Psiquiatria, l'avantatge principal del treball en equip multidisciplinari és el següent:

"La posibilidad de tener la capacidad de llevar a cabo una serie de actividades que no parece posible de otra manera. Una vez conseguida la integración de conocimientos el equipo multidisciplinar puede abordar el proceso salud-enfermedad en todas sus dimensiones y a todos los niveles (promoción, prevención, asistencia, rehabilitación) ya sean por sí solos o en coordinación con otros equipos".

Manual de la Sociedad Española de Psiquiatría [document en línia]. [Data de consulta: 1 de febrer de 2002].
<<http://www.sepsiq.org/>>

Alguns experts sanitaris, com Rebecca Rosen, Perviz Asaria i Anna Dixon, en el seu informe per a la King's Fund de Londres, elaborat arran dels seminaris d'intercanvi amb la Commonwealth Fund de Nova York –celebrats el març del 2006, en els quals es van debatre polítiques per a millorar la gestió de les malalties cròniques–, assenyalen també l'adequació dels equips multidisciplinaris per a aquesta tasca.

"Els equips multidisciplinaris que monitoren les condicions dels pacients asseguruen l'obtenció de totes les cures recomanades i els serveis de prevenció, i també l'entrenament i el suport, tant per al pacient com la seva família, en el maneig de les cures".

R. Rosen; P. Asaria; A. Dixon (2007). *Improving Chronic Disease Management. An Anglo-American Exchange* (pàg. 13). Informe del Seminari. Londres: King's Fund.

Els treballadors socials sanitaris formem part dels equips d'atenció primària de salut, els quals estan integrats per altres professionals com metges, infermers, matrones, auxiliars d'infermeria, zeladors i auxiliars administratius.

Al seu torn, el treball social està acreditat com a servei mínim de la cartera de serveis comuns d'atenció primària dins el Sistema Nacional de Salut pel Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, pel qual s'estableix el següent:

"L'atenció primària és el nivell bàsic i inicial d'atenció, que garanteix la globalitat i continuïtat de l'atenció al llarg de tota la vida del pacient, i actua com a gestor i coordinador de casos i regulador de fluxos. Comprèn activitats de promoció de la salut, educació sanitària, prevenció de la malaltia, assistència sanitària, manteniment i recuperació de la salut, així com la rehabilitació física i el treball social".

Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 16 de setembre de 2006, núm. 222.

El conjunt d'aquestes activitats necessita que hi hagi equips multidisciplinaris per a dur a terme la complexitat de les tasques que ha d'assumir un equip d'atenció primària. Fixem-nos que la normativa és clara, sobre aquest tema:

"Totes aquestes activitats, adreçades a les persones, a les famílies i a la comunitat, sota un enfocament biopsicosocial, les presten equips interdisciplinaris, amb garantia de qualitat i accessibilitat, així com de continuïtat entre els diferents àmbits d'atenció en la prestació de serveis sanitaris i de coordinació entre tots els sectors implicats".

Butlletí Oficial de l'Estat (2006). Op. cit.

Anem constatant que la inclusió de treballadors socials en els equips d'atenció primària de salut és fruit d'una tradició que es remunta al segle XIX. Per la seva banda, els moviments socials dels anys seixanta van comportar ideals de justícia social i la intenció d'eliminar les desigualtats en salut. Això va comportar una mirada cap als factors socials que influeixen en el procés salut-malaltia. Tot plegat culmina el 1978 amb la formulació de l'OMS d'un nou concepte del que es considera salut, alhora que s'havien anat assajant nous dispositius comunitaris per a la prestació de serveis sanitaris.

Finalment, la reforma sanitària del 1984 propicia l'entrada de treballadors socials en els nous equips d'atenció primària per fer operatiu l'abordatge dels problemes psicosocials que incideixen tant en el desencadenament de la malaltia com en la persistència.

No obstant això, el treball en equip multidisciplinari sol plantejar algunes dificultats assenyalades per la mateixa Societat Espanyola de Psiquiatria¹:

⁽¹⁾ *Manual de la Sociedad Española de Psiquiatria, op. cit.*

- Dificultat per a flexibilitzar i permeabilitzar els rols, però sense arribar a confondre'ls.
- Dificultat d'establir vies de comunicació democràtiques entre les diferents disciplines i paradigmes.
- Complexitat d'acostar les expectatives de cada membre a la realitat.
- Dificultat de superar les tensions dels interessos individuals en benefici de la cohesió grupal.

- Fragilitat al canvi.
- Relació peculiar entre institució i grup.
- Dificultat d'incloure-hi els afectes.
- Risc que apareguin divisions en l'equip.

Com a treballadors socials sanitaris que exercim en qualsevol dels àmbits de l'assistència sanitària, hem de considerar la possibilitat que aquestes dificultats es facin presents. Això no ens ha de fer qüestionar pròpiament la presència en un equip sanitari, ja que, com veiem, es tracta d'una contingència possible dins la dinàmica relacional dels grups, en aquest cas professionals. Més endavant, continuarem aprofundint en aquests problemes.

Així i tot, podem reconèixer que hi ha algunes peculiaritats entorn de la relació amb algunes de les disciplines presents en els equips multidisciplinaris.

En el cas de la relació entre treballadors socials i metges, Cleora S. Roberts, membre del Departament de Treball Social de la Universitat de Florida del Sud, assenyala que ha estat més aviat tibant, històricament.

Per a Roberts, els treballadors socials es van precipitar culpant el model biomèdic dels problemes en les cures de salut, i van desaprofitar l'ocasió per a aprendre algunes lliçons d'aquest model pel que fa a la millora de la pràctica del treball social. Per a treballar amb efectivitat al costat dels metges, els treballadors socials hem de ser conscients dels valors professionals d'aquest col·lectiu i ser capaços d'identificar quan entren en conflicte amb els valors propis del treball social. Segons Roberts, aquests conflictes se centren en les àrees següents:

- Salvar vides enfront de qualitat de vida.
- L'autonomia del pacient en l'establiment dels objectius del tractament.
- L'actitud envers el que és objectiu enfront del que és subjectiu.
- La resposta als pacients amb problemes emocionals.
- Les diferents perspectives dels rols en el context de l'equip multidisciplinari.

Roberts conclou que, si bé aquesta diferència en els valors pot ocasionar conflictes, una reorientació adequada d'aquests valors tindria com a conseqüència una col·laboració professional d'èxit, la qual cosa comportaria beneficis per als clients receptors de l'atenció. Com a treballadors socials sanitaris, és recomanable tenir sempre present la influència de la ciència mèdica en la configuració del treball social com a disciplina. Això s'evidencia tant en la terminologia adoptada d'aquest camp, amb termes com *estudi*, *diagnòstic* o *tractament*, com en la metodologia de treball² i en les aportacions teòriques d'algunes de les seves especialitats, com és el cas de la psiquiatria. Per això, hem de considerar que la relació amb aquesta disciplina ha esdevingut històricament un benefici per al treball social.

Referència bibliogràfica

C. S. Roberts (1989). "Conflicting professional values in social work and medicine". *Health and Social Work* (vol. 14, núm. 3, pàg. 211-218). Florida: National Association of Social Workers.

⁽²⁾M. Moix (2006). *Teoría del trabajo social* (pàg. 215). Madrid: Editorial Síntesis.

Finalment, el treball en equip multidisciplinari és encara avui la fórmula coneguda més adequada per a atendre la salut de la població en totes les dimensions. La Societat Espanyola de Psiquiatria, en el manual esmentat, hi afegeix alguns avantatges:

- S'afavoreix l'aprenentatge i l'autoformació dels membres.
- S'elaboren protocols i s'afavoreix l'eficàcia.
- Es millora la creativitat.
- Augmenta el pes específic de les decisions.
- Es tendeix a evitar la reificació del pacient.

En els últims anys, el treball social sanitari s'enfronta a una sèrie de reptes, que condueixen els professionals cap a la reformulació del rol i cap al desenvolupament de noves habilitats en competència amb altres professions sanitàries (Geissler-Piltz, 2011).

En les institucions sanitàries, molt jerarquitzaades, els treballadors socials es troben en una posició difícil; en el camí cap a una convergència més gran entre les disciplines, sembla que es desdibuixen els límits entre els diferents camps del coneixement. És en aquest marc en què prospera la relació desigual entre aquestes disciplines; mentre que la medicina, la psicologia i fins i tot la infermeria tenen un cos de coneixement base més ampli derivat d'una producció científica més gran, el treball social, situat en un segon pla de l'activitat assistencial, conforma la seva entitat en un altre paradigma, el de les ciències socials, i la major part dels seus estudis s'emprenen des de la metodologia qualitativa.

Com a resultat d'aquesta associació asimètrica, s'està produint la penetració d'aquestes professions en els camps d'activitat tradicionals del treball social.

Paral·lelament a aquest procés, s'observa el fenomen de l'autodepreciació (Sticher-Gil, 1993) dels treballadors socials, poc preparats per a imposar-se en un sistema mèdic, la qual cosa es tradueix en un sentiment d'inferioritat enfront de grups professionals amb una identitat professional més forta.

Pel que fa a això últim, Gregor Terbuyken (1997) apunta la responsabilitat dels treballadors socials mateixos en l'establiment d'aquesta desigualtat perquè a l'autodepreciació s'hi uneix la característica actitud camaleònica dels professionals que fa que s'adaptin als rols i patrons que els són assignats.

Referències bibliogràfiques

- B. Geissler-Piltz** (2011). "How social workers experience supervision: results of an empirical study in the healthcare sector". *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* (vol. 20, núm. 1, pàg. 5).
- B. Sticher-Gil** (1993). "Übergänge von der Sozialpsychiatrie zur Sozialarbeit". *Studium Praxis* (núm. 70, pàg. 3-7).
- G. Terbuyken** (1997). "Verstehen und Begleiten. Konzeptionelle Überlegungen zum Selbstverständnis von Sozialarbeiter/innen in der Psychiatrie". *Soziale Arbeit* (núm. 2, pàg. 38-48).

2. El rol dels treballadors socials sanitaris en els equips d'atenció primària

Si en la primera part del postgrau hem exposat les bases teòriques que fonamenten l'especialitat en el context de les institucions sanitàries i sociosanitàries, en aquesta part ens centrarem en com es materialitzen a la pràctica aquestes teories en l'àmbit de l'atenció primària.

Com ja hem apuntat en la introducció, l'atenció primària de salut és un marc ideal que afavoreix una pràctica professional en els dos focus d'atenció de la disciplina: l'individu i la comunitat. Això comporta el desplegament d'un ventall de funcions i activitats emmarcades en cinc grans àrees d'intervenció que abracen tant l'àmbit individual com el comunitari.

Aquestes àrees són les següents:

- L'atenció directa a usuaris. Fa referència a l'atenció psicosocial que es duu a terme amb l'individu i la seva família, sia per a presentar un problema psicosocial sobrevingut per la malaltia o per a apuntar-se factors de risc social que cal estudiar per a determinar-ne la incidència, actual o futura, en la generació d'una malaltia.
- La coordinació sociosanitària. En aquesta àrea s'emmarquen les funcions que deriven de l'atenció directa a usuaris i que impliquen la relació amb altres recursos en l'anomenat *espai sociosanitari*.
- La promoció de la salut i la intervenció comunitària. Es recull la metodologia de treball de grup i comunitari, funcions i estratègies per a la promoció de la salut i la participació de la comunitat.
- La recerca. Amb aquest epígraf s'hi aglutina el procés per a fer estudis encaminats a intentar donar una resposta a tots els problemes que se'ns plantegen relacionats amb la pràctica professional. L'objectiu final és la generació de coneixement base propi per a l'avenç de la disciplina en aquest àmbit.
- La docència comprèn totes les activitats que duu a terme el treballador social destinades a formar estudiants de pregrau, sia de treball social o d'altres disciplines sanitàries, o la contribució a formar metges residents de medicina de família; també inclou les sessions bibliogràfiques o de docència impartides dins el mateix equip d'atenció primària o a altres col·legues de l'àmbit sanitari.

Aquestes àrees determinen un conjunt de funcions adequades per a fer possible l'abordatge de l'objecte d'intervenció del treball social sanitari en dualitat focal: l'individu i la família, d'una banda, i l'entorn social, de l'altra. El terme *funció* al·ludeix al conjunt de deures i responsabilitats d'un professional que sorgeixen de la naturalesa mateixa del procés de treball. Proporciona elements a la societat per a identificar l'aportació que fa una professió, en descriu la finalitat i n'estableix els límits.

3. L'atenció directa a usuaris

Aquesta àrea introdueix l'usuari o client en el sistema sanitari. El treballador social sanitari d'atenció primària hi entra en contacte per mitjà d'una demanda que s'estableix de diverses maneres:

1) Per derivació d'un membre de l'equip d'atenció primària quan es detecten factors de risc psicosocial o una problema social determinat. Per exemple, quan s'observen indicadors de maltractament en un menor o es presumeix que una persona gran dependent es troba en situació d'abandó, o quan se sol·licita la valoració del suport social d'un pacient terminal amb un alta hospitalària o una usuària manifesta que sofreix maltractament físic de la seva parella. Les demandes que rep un treballador social sanitari en atenció primària de salut són molt variades. Tanmateix, això no implica que hàgim d'intervenir en totes. Per exemple, si l'usuari té un problema econòmic ha de ser derivat als serveis socials. En el cas de la derivació d'un membre de l'equip pot passar que l'usuari arribi amb una "etiqueta". Manifestacions com "A aquest senyor l'ha abandonat la família" o "Et derivo aquesta persona perquè li tramitis l'ajuda a domicili" són habituals. Un treballador social sanitari no ha d'acceptar aquestes afirmacions com a vàlides ni emetre judicis sobre aquest tema sense haver fet abans la valoració psicosocial. En cas contrari pot implicar conseqüències desastroses per als nostres clients com, per exemple, el tràmit d'un ingrés en un centre sense la voluntat del client o fallades en l'establiment de la relació d'ajuda. Hem de tenir en compte el que diu sobre aquest tema l'article 15 del Codi de deontologia de la professió, aprovat en assemblea general extraordinària el 9 de juny de 2012:

"El personal del treball social, promovent el compromís i la implicació de les persones usuàries, afavoreix que aquestes persones es responsabilitzin en la presa de decisions i accions que puguin afectar la seva vida, sempre que no vulnerin els drets i interessos legítims de tercers. Han de fer tan poc ús com sigui possible de mesures legals coercitives, i solament les han d'adoptar a favor d'una de les parts implicades en un conflicte, després d'una acurada avaluació dels arguments de cadascuna de les parts".

Código deontológico. Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social [document en línia].

Aquest tipus de derivacions esbiaixades tenen l'origen en la formació acadèmica dins el paradigma científic positivista, propi de moltes professions sanitàries. En aquest paradigma no es reconeix la separació entre l'observador i el que s'observa, i per això gairebé no es prenen en consideració els prejudicis en la valoració d'una situació de tipus social.

Si bé aquest paradigma no es pot rebutjar perquè ha provat la validesa en l'estudi d'entorns estables i en equilibri, els pressupostos que té no es poden extrapolar a les complexes interaccions socials, en entorns canviants, en què conflueixen factors individuals, familiars, econòmics i d'altres. És en aquest espai en què es produeixen els problemes on ha de tractar un treballador social. És important entendre aquesta diferència en la manera de concebre i fins i tot d'abordar els problemes psicosocials ja que pot explicar, en part, les dificultats per al diàleg del treball social amb altres disciplines. Un estudi de cent casos clínics sobre les derivacions dels metges als treballadors socials (Goldberg i altres, 1984) va posar de rellevància que aquestes derivacions es basen en una visió de l'estrès psicosocial com una carència de necessitats concretes i no pas dels problemes clínics que presentaven o estaven subjacents en els pacients. Un 50% dels pacients, segons aquest estudi, són remesos al treballador social únicament per a canalitzar-los després a un recurs; no obstant això, una vegada feta la valoració social, els treballadors socials van constatar que hi havia un percentatge alt de pacients que no necessitava aquest recurs (un 30% dels casos). En la pràctica professional, en les organitzacions sanitàries trobarem que aquesta situació és bastant quotidiana.

Com ja hem exposat més amunt, en els últims anys s'observa una tendència més gran dels professionals de la medicina i la infermeria a prodigar-se en l'àmbit psicosocial. Els mateixos treballadors socials sanitaris hem fet saber moltes vegades la necessitat que aquests professionals incorporin, d'una manera més evident, la visió social en les seves valoracions; ara bé, aquesta immersió en l'àmbit social no s'està traduint en un reconeixement del rol del treballador social sanitari. Més aviat el que en resulta és el fenomen d'encreuament de la frontera que divideix la medicina i el treball social en una única direcció. Això s'explica, segons Terbuyken, perquè, d'una banda, els conceptes teòrics del treball social no han impregnat la ciència mèdica i, de l'altra, la mateixa responsabilitat, en part, dels treballadors socials en l'establiment d'aquesta relació asimètrica per la seva tendència a l'autodepreciació i l'adaptació al rol que se n'espera en les institucions sanitàries.

No és d'estranyar que en l'exercici quotidià de la professió ens trobem amb usuaris que són derivats al nostre servei amb una demanda concreta que ja ha establert un altre professional sanitari. Fins que l'ideari que hi ha al darrere del concepte d'*interdisciplinarietat* no impregni els equips multidisciplinaris, els treballadors socials sanitaris hem d'elaborar estratègies en la nostra relació amb la resta de les professions sanitàries. En el cas concret de la derivació amb una demanda induïda d'ingrés en un centre, un tràmit d'ajuda a domicili o qualsevol altra que es pugui rebre d'un altre professional, l'estratègia que cal seguir sempre és, reiterem-ho, que el treballador social sanitari faci la valoració psicosocial. En cas contrari, la nostra pràctica professional esdevé una activitat burocràtica centrada a dispensar recursos socials, la qual cosa impedeix el vertader coneixement de les necessitats de la persona.

Referència bibliogràfica

R. J. Goldberg i altres (1984). "Medical clinic referrals to psychiatric social work: review of 100 cases". *General Hospital Psychiatry* (núm. 6, pàg. 147-152).

Referència bibliogràfica

G. Terbuyken (1997). "Verstehen und Begleiten. Konzeptionelle Überlegungen zum Selbstverständnis von Sozialarbeiter/innen in der Psychiatrie". *Soziale Arbeit* (núm. 2, pàg. 38-48).

2) Per derivació d'altres professionals que operen a la comunitat com a treballadors socials de base, funcionaris de l'Institut Nacional de la Seguretat Social, advocats, etc.

3) Per la demanda expressada per un usuari que acudeix directament a la consulta de treball social en un centre de salut. Aquesta modalitat és la més freqüent per la ja tradicional presència dels treballadors socials en els equips d'atenció primària de salut i per l'habitual fenomen del boca-orella, de manera que un usuari acudeix sol·licitant els nostres serveis per recomanació d'altres persones que freqüenten o han freqüentat el nostre despatx.

4) Per captació pròpia del treballador social sanitari, perquè l'usuari està inclòs en un programa o protocol de salut i és preceptiva la valoració psicosocial, en un model d'atenció proactiu, és a dir, per a valorar els factors de risc social.

5) Per derivació d'altres serveis dins el sistema sanitari com a resultat de la coordinació entre els nivells assistencials de primària i especialitzada. En el *Document marc: Rol professional de treball social en l'atenció primària de salut*³ del Servei Canari de Salut, s'estableixen els tipus possibles d'intervenció en l'àrea d'atenció directa:

⁽³⁾ *Documento marco: Rol profesional de trabajo social en la atención primaria de salud (2003). Canàries: Servicio Canario de Salud.*

- Individual.
- Familiar.
- Grupal, si es donen les característiques de tractar-se d'un grup compost per un nombre petit de membres que presenten les mateixes necessitats d'atenció.

El marc de l'atenció primària afavoreix l'atenció als usuaris en diversos contextos:

- En el despatx situat al centre de salut o en consultoris perifèrics.
- Excepcionalment, en institucions tancades, com residències, centres d'acolliments, albergs, si les circumstàncies ho requereixen.
- Al domicili del client o usuari. En aquest cas, la visita al domicili ha d'obeir a un objectiu clar; per exemple, completar la valoració psicosocial d'un client amb problemes de mobilitat, perquè les condicions de l'habitatge influeixen en l'exacerbació de la malaltia, etc. Cal observar unes mínimes regles de respecte al lloc de més intimitat d'una persona, a casa seva. En la mesura que es pugui, convé avisar quan es vulgui fer la visita i, sempre que no es tingui por que la seguretat del treballador social mateix quedi compromesa, fer-la en solitari. La visita de diversos professionals sol intimidar l'usuari.

3.1. La valoració psicosocial

Una de les funcions dels treballadors socials sanitaris, en l'atenció directa, és la valoració psicosocial dels usuaris que ho requereixin. El procés de valoració⁴ és una activitat clau en la pràctica del treball social de casos.

⁽⁴⁾J. Parker; G. Bradley (2003). *Social Work Practice. Assessment, Planning, Intervention and Review* (pàg. 10). Learning Matters Ltd.

Diem *procés de valoració* perquè les modernes teories del treball social assenyalen que la valoració i la intervenció estan interconnectades en un procés dinàmic, i que hi ha la mateixa relació entre la valoració i l'avaluació.

"El procés de valoració continua durant tot el procés de canvi previst, mentre que la valoració inicial serveix com un model que serà modificat amb l'aportació de la informació i les dades noves" (Pincus i Minichan, 1973).

J. Parker; G. Bradley (2003). *Op. cit.*

D'altra banda, el concepte de *valoració* no és aliè al debat entorn del treball social com a art o ciència. Si es tracta d'això últim, el procés de valoració psicosocial es pot fer amb passos determinats prèviament i mesurables. Això, però, comporta el perill de reduir els problemes de les persones a situacions estandarditzades allunyades de la concepció psicosocial, de la individualitat de l'ésser. Ara bé, si entenem el treball social com a art, no es podria assegurar al client que l'atenció no pogués estar esbiaixada per les mateixes creences del professional.

Els teòrics apunten que, en la valoració psicosocial⁵, l'enfocament adequat és el que incorpora el treball social com a art i com a ciència alhora, ja que implica habilitats tècniques i l'apreciació de la diversitat de l'aplicació sistemàtica dels coneixements a la pràctica.

⁽⁵⁾J. Parker; G. Bradley, (2003). *Op. cit.*

"Clifford (1998) assenyala els elements interconnectats que formen part de la valoració. La valoració ha de participar d'elements científics, teòrics, artístics, ètics i pràctics, reconeguts pels practicants i considerats com a tradicionals en el treball social i totes les professions d'ajuda".

J. Parker; G. Bradley (2003). *Op. cit.*

Des d'un enfocament pràctic, Sonia G. Austrian duu a terme els cinc passos del procés de valoració psicosocial establerts per Carol H. Meyer. Es tracta d'implementar un procés racional pel qual abordarem l'objecte d'estudi i intervenció partint d'una concepció científica de la nostra activitat professional, evitant en la mesura que es pugui la introducció de biaixos:

1) **L'exploració.** En aquesta primera fase del procés, el treballador social sanitari i el client entaulen un diàleg en què es produeix un intercanvi d'idees i informació rellevant; les tècniques d'escolta i d'observació són clau. Cal explorar les expectatives dels clients pel que fa a la relació d'ajuda. Hem de mirar de no centrar-nos en exclusiva en els problemes que presenta el client ignorant les fortaleces per al canvi. Convé recordar que una de les finalitats del treball so-

Referències bibliogràfiques

S. G. Austrian (2009). "Guidelines for conducting a biopsychosocial assessment". A: A. R. Roberts (ed.). *Social Workers' Desk Reference*. Oxford: Oxford University Press.

C. H. Meyer (ed.) (1993). *Clinical Social Work in an Eco-Systems Perspective*. Nova York: Columbia University Press.

cial és promoure el canvi i la mateixa responsabilitat del client. La perspectiva de les fortalezes (*strengths perspective*) és definida com l'orientació en treball social i altres professions d'ajuda que posa l'èmfasi en els recursos del client, en les capacitats, en les fonts de suport i en la motivació per afrontar els reptes i sobreposar-se a l'adversitat. Aquest enfocament no ignora que hi ha problemes socials, malalties o disfuncions familiars, sinó que emfatitza els valors del client per aconseguir i mantenir el benestar (Barker, 2003). A més, aquesta perspectiva incrementa la motivació i el potencial del client per escollir entre diverses opcions de vida. Robert L. Barker ho veu de la manera següent:

"En el marc d'avaluació cal centrar-se en les habilitats cognitives, els mecanismes d'afrontament, els factors de personalitat, les habilitats interpersonals i el suport social sobre els quals es poden construir les fortalezes".

C. H. Meyer (1993). *Op. cit.*

En aquesta fase heu de tenir en compte les patologies físiques i mentals del client que figurin en la història clínica i com interfereixen en el funcionament social. Si el client presenta una malaltia greu, és important constatar en quin estadi d'evolució es troba. Això ens conduirà després a un diagnòstic més afinat de la situació del pacient. Un exemple d'això es dona en els malalts de càncer: els estudis indiquen que gairebé un terç dels malalts i dels supervivents experimenten elevats nivells de distrès que requereixen intervencions de treball social⁶. El distrès emocional sempre afecta el funcionament social. Si detectem de seguida aquest problema en els malalts de càncer, les intervencions psicosocials es podran oferir a temps.

2) **El pensament per inferència.** En aquesta part de la valoració com a treballadors socials sanitaris heu de reflexionar, a partir del coneixement teòric i empíric, sobre el problema plantejat pel client. Es tracta d'examinar el problema en funció de les dades obtingudes en la fase d'exploració. El risc en aquesta fase és que les conclusions pot ser que no siguin del tot encertades o que el client no estigui preparat per a acceptar les hipòtesis del professional. En tot cas, és recomanable que no ens precipitem en les conclusions. Recordeu sempre que la valoració és un procés, de manera que el que és habitual és que no s'extreguin totes les conclusions en la primera entrevista amb el client. És fonamental respectar els processos del client i avançar les nostres conclusions quan estigui preparat per a rebre-les. El treballador social sanitari obté una conclusió prèvia del que està passant basada en l'establiment de relacions causals. En aquest estadi de la valoració, heu de posar atenció a les característiques de la malaltia que presenta el client: si fa brots, si incapacita o no per a l'activitat laboral, si a la llarga evolucionarà cap a la dependència, si preveu una millora o curació, etc.

3) **L'avaluació.** Aquest pas inclou la valoració del client, les seves fortalezes i les seves debilitats, les àrees problemàtiques i l'entorn familiar i social. També cal valorar els recursos interns del client, la motivació per al canvi, els recursos de què disposa al seu entorn. Alhora, cal relacionar quines àrees del

Referència bibliogràfica

R. L. Barker (2003). *The Social Work Dictionary* (5a. ed.). NASW Press.

⁽⁶⁾J. M. Zabora (2009). "Developing of a proactive model of health care versus a reactive system of referrals". A: A. R. Roberts (ed.). *Social Workers' Desk Reference*. Oxford: Oxford University Press.

funcionament social són febles i tenen relació amb els problemes actuals del client. Això farà que ens plantejem metes més realistes en el pla d'intervenció posterior. Identificar les fortaleses i els recursos interns de què disposa l'usuari ha d'ajudar també a desenvolupar l'entesa i la confiança amb el professional, i això passa més de pressa amb algú que no està centrat només en els defectes, disfuncions o fallades del client.

4) La definició del problema. Sabem que quan el client arriba a la consulta rares vegades presenta un sol problema; la seva problemàtica es configura com una situació complexa en què s'evidencia una concatenació de fets i dificultats. Penseu, per exemple, en persones amb dependència a substàncies il·legals, en un indigent amb alcoholisme o en una persona gran amb dificultats per a la mobilitat que viu sola. Hi ha d'haver un acord tàcit entre el treballador social sanitari i el client o la seva família sobre quin és el problema en què s'ha de centrar l'atenció en primer lloc.

5) La planificació de la intervenció. Aquesta és la fase en què entra més en joc el treball social com a ciència, ja que la planificació s'ha de basar en els passos previs del procés de valoració. Podem fer servir diverses eines:

- Genograma.
- Ecomapa.
- Culturagrama.
- Fluxograma.
- Mapa de la trajectòria vital.

En la valoració, cal tenir en compte, a més, els prejudicis i les fal·làcies en el pensament. En el cas dels prejudicis, és pràcticament impossible emprendre una valoració psicosocial lliure de valors. Heu de tenir present que el paradigma científic postmodern posa de manifest que l'observador també forma part del que s'observa. Es fa necessari, com a treballadors socials sanitaris, comprendre aquest fenomen amb la finalitat de limitar els biaixos en l'observació.

Leonard Gibbs subratlla les fal·làcies del raonament científic. Els treballadors socials sanitaris, en el curs de la nostra pràctica professional, prenem decisions que afecten les vides d'altres persones, i per això hem de ser conscients de les fallades que es poden produir en el procés de raonament:

- La vaguetat. Es tracta de descripcions inespecífiques dels problemes dels usuaris i dels resultats que s'obtenen, de tal manera que és impossible determinar quin ha estat el progrés.
- Basar-se en altres casos. Consisteix a abordar el problema del nostre client actual tenint en compte casos anteriors.
- Basar-se en l'experiència.

Referència bibliogràfica

L. Gibbs (2009). "How social workers can do more good than harm. Critical thinking, evidence-based practice and avoiding fallacies". A: A. R. Roberts (ed.). *Social Workers' Desk Reference*. Oxford: Oxford University Press.

- Basar-se en la novetat. Vol dir pensar que un mètode és més bo perquè és nou.
- El tracte distant al client. Per aquest error es considera que donant un tracte càlid i empàtic al client no s'és científic, analític o racional.
- Apel·lar a l'autoritat. Consisteix a pensar que l'encert sobre els clients i la manera d'ajudar-los és vertader en funció de l'estatus o de l'autoritat de la persona que fa l'argument.
- Mantenir-se en un judici sobre el client. Vol dir sostenir un judici inicial de la conducta del client basat en una mínima informació prèvia i no modificar-lo per a ajustar-lo a les noves evidències.

Una altra qüestió rellevant des del treball social clínic és l'establiment de l'aliança terapèutica.

- L'enfocament dels factors comuns (Drisko, 2009) posa l'èmfasi en el fet que la motivació del nostre client, la qualitat de la relació terapèutica, l'efecte placebo i les característiques del clínic són tan rellevants o més que les tècniques específiques emprades a l'hora d'abordar els problemes d'aquest nostre client, si bé l'impacte dels factors socials i del context social en general no cobra tal rellevància en aquest enfocament.
- Independentment de la tècnica específica, és més probable que funcioni la teràpia si l'aliança funciona i si és sostinguda en el temps.
- Quan abordem clients amb una greu problemàtica o un dany psicològic major, responen més bé a la intervenció si els oferim un tractament intensiu de llarga durada.
- Les intervencions menys directives són més efectives en clients resistents a l'abordatge.

L'empatia, la validació i el suport emocional són essencials en l'establiment de la relació terapèutica.

Tot seguit exposarem dos exemples de valoració psicosocial. Hem seleccionat els dos sectors de població en què la demanda d'atenció directa és més destacada en atenció primària: els menors i la gent gran.

Referència bibliogràfica

J. W. Drisko (2009). "Common factors in therapy". *Social Workers' Desk Reference* (2a. ed.). Oxford: Oxford University Press.

3.2. La valoració psicosocial a menors

L'atenció primària és un marc òptim per a detectar situacions de risc social i desprotecció del menor pel caràcter que té de servei universal en què pràcticament s'abraça tota la població. L'atenció a la salut infantil⁷ inclou els nadons, els menors encara escolaritzats i els primers anys de l'adolescència.

⁽⁷⁾Servicio Canario de Salud (2003). *Programa de salud infantil* (pàg. 207).

Com a treballadors socials sanitaris, hem de verificar que hi ha factors de risc social en els menors, ja que incrementen la possibilitat de tenir un estat de salut deficitari. Un model de treball social sanitari proactiu, és a dir per programes o protocols de salut, afavoreix la detecció del risc social i una actuació precoç. En canvi, en un model d'atenció a demanda, els problemes socials ja estan instaurats a les famílies quan ens arriba el cas a la consulta.

Alguns serveis de salut han assenyalat els factors de risc en el menor que s'han de tenir en compte en la valoració, com és el cas del Servei Canari de Salut⁸.

⁽⁸⁾Servicio Canario de Salud (2003). *Op. cit.*

La presència d'un sol factor no indica que hi hagi risc social, sinó la coexistència de diversos factors en un cas social.

Factors de risc social en el menor

- Malaltia psíquica del pare o de la mare.
- Discapacitat intel·lectual de la mare.
- Antecedents de maltractament dels pares.
- Patologia crònica greu o discapacitat del menor.
- Dependència a l'alcohol o altres drogues dels pares.
- Mare o pare adolescents.
- Aïllament social.
- Dificultats familiars: conflictivitat, disfunció familiar o monoparental sense suport.
- Marginalitat, presó, atur reiterat, falta d'habitatge, mendicitat, immigració, etc.
- Absència contínua dels pares.

Font: *Programa de salud infantil*. Servicio Canario de Salud

En el sistema sanitari espanyol encara no s'ha elaborat un model estandaritzat de valoració social per als menors. En altres països no passa, això, com ara al Regne Unit, on una investigació oficial posterior a la mort de la menor Victoria Climbié el 2000 –es va considerar el cas més greu de maltractament ocorregut en la història d'aquest país–, va conduir a l'articulació d'un marc integral d'atenció als menors⁹ i les seves famílies, en el qual es va establir un model comú de valoració per a tots els organismes competents en l'àrea del menor. Segons aquest document, les característiques de la valoració social a menors són les següents:

⁽⁹⁾*Framework for Assessment of Children in Need and their Families* (2000). Londres: Home Office, Department of Health, Department for Education and Employment.

Referència bibliogràfica

The Victoria Climbié Inquiry Report (2003) [document en línia]. Londres: House of Commons, Health Committee. [Data de consulta: 23 d'octubre de 2009].

- S'ha de centrar en el menor.
- S'ha de fonamentar en les teories de desenvolupament de l'infant.
- Ha de tenir un enfocament ecològic.
- Ha d'assegurar la igualtat d'oportunitats.
- Ha de tenir en compte el menor i la família en el procés.
- S'ha de construir sobre les fortaleses, però identificant les dificultats.
- Ha d'incorporar el treball intersectorial.

- Ha de tenir en compte que la valoració és un procés i no pas un fet.
- Ha de tenir present que aquesta valoració l'han de dur a terme diverses institucions o serveis.
- S'ha d'establir en la pràctica basada en l'evidència.

D'altra banda, una recerca del Ministeri de Sanitat, Educació i Ocupació del Govern britànic¹⁰ va especificar quines eren les demandes que feien els joves als seus treballadors socials en la valoració:

⁽¹⁰⁾ J. Parker; G. Bradley (2003). *Social Work Practice. Assessment, Planning, Intervention and Review*. Learning Matters Ltd.

- Que els escoltin.
- Que sigui fàcil d'accedir-hi i que estiguin sempre disponibles.
- Que no els jutgin i que no siguin directius.
- Que tinguin sentit de l'humor.
- Que parlin d'una manera directa.
- Que s'hi pugui confiar i que garanteixin la confidencialitat.

Si parlem de la desprotecció infantil¹¹ hem de ser conscients de la magnitud del problema del maltractament infantil, que té un origen multicausal. La mortalitat i la morbiditat infantil derivades d'aquest maltractament són semblants a les del càncer o a les dels accidents; les seqüeles solen afectar les persones en l'aspecte físic, psicològic i social. En la figura següent, s'aporten dades sobre la incidència d'aquesta problemàtica social.

⁽¹¹⁾ Programa de salut infantil (2003). Servicio Canario de Salud (pàg. 209-210)

Magnitud del maltractament infantil a Espanya

- 1) Incidència anual: 1 cas per cada 2.500 nens.
- 2) Prevalença real: no se sap.
- 3) Prevalença estimada: només es detecta entre el 10% i el 20% del maltractament existent.
- 4) Casos que requereixen atenció mèdica: 25 casos per 100.000 habitants.
- 5) És la segona causa de mort en els 5 primers anys de vida (excloent-ne el període perinatal).
- 6) El maltractament es va triplicar a Espanya en el període 1997-2001 (Jano, 2004).
- 7) Les nenes pateixen més abusos sexuals que els nens.
- 8) És 15 vegades més freqüent en famílies en què hi ha almenys un progenitor que ha patit maltractament en la infància.

Font: Servicio Canario de Salud

L'abordatge d'aquesta problemàtica, sia perquè tenim davant nostre una sospita o perquè es tracta d'una evidència, té com a objectiu principal protegir el menor activant les mesures que estableix la legislació autonòmica o la normativa interna del servei de salut corresponent o segons el que determinen els programes i protocols de cada comunitat autònoma. En qualsevol cas, s'ha d'emprendre el treball amb l'infant i la seva família; hem de tenir en compte les aportacions de la teoria dels sistemes al concepte de *família* independentment del nostre enfocament habitual de la pràctica professional. Es tracta de minimitzar l'impacte i les conseqüències del maltractament, tractar les seqüeles i prevenir la repetició dels fets.

L'establiment del diagnòstic de maltractament s'ha de fer en el context d'una valoració interdisciplinària. Els professionals de l'atenció primària, en cas de dubte, podem fer la interconsulta pertinent a l'àmbit especialitzat quan el cas ho requereixi, sia al servei de ginecologia o al de salut mental. Això evitarà errors de procediment o en el mateix diagnòstic. L'abordatge posterior i el seguiment també requereixen una concepció de treball en equip.

Tot seguit oferirem una sèrie d'indicacions davant la possible observació de lesions suggestives de maltractament físic¹². Com a treballadors socials sanitaris, heu d'estar al cas si les detecteu a la consulta o en una visita domiciliària o en un centre. La valoració i el diagnòstic corresponen a un metge.

Per a la identificació precisa d'una lesió per maltractament cal diferenciar aquestes ferides de les que són producte dels típics accidents de la infància. Els criteris generals, segons Judith S. Rycus i Ronald C. Hughes, són els següents:

- La localització de la lesió en el cos de l'infant.
- La forma i l'aparença de les marques o l'existència d'altres ferides.
- La presència de múltiples ferides amb diferents estadis de curació suggereixen un dany reiterat.
- La història de la manera com es va produir la ferida, si hi ha lògica en el relat del cuidador en relació amb l'edat del menor i el seu nivell de desenvolupament.

La localització de ferides en el cos és normal en parts òssies:

- El genolls.
- Els canells.
- Els colzes.
- Els avantbraços.
- El mentó.
- El front.

Habitualment són circulars i tenen un patró anodí. Les lesions que són conseqüència d'un abús solen ser a les parts toves del cos, és a dir, en zones no exposades o relativament protegides:

- Les galtes.
- El lòbul de l'orella.
- El llavi superior.
- El coll.
- Les parts toves dels ossos.
- Les natges i els genitals.

⁽¹²⁾ J. S. Rycus i R. C. Hughes (2009)

Referència bibliogràfica

J. S. Rycus; R. C. Hughes (2009). "Recognizing indicators of child maltreatment". A: A. R. Roberts (ed.). *Social Workers' Desk Reference*. Oxford: Oxford University Press.

- La paret abdominal.

Seguim Rycus i Hughes en el reconeixement d'indicadors de maltractament:

- Les macadures a les natges, a la part posterior de les cuixes i a la part superior i inferior de l'esquena poden ser ocasionades per fuetades fetes amb tanta força que trenquen els vasos sanguinis.
- Els hematomes lineals de dos a cinc centímetres d'amplada suggereixen cops produïts per un cinturó o una corretja. De vegades, dins l'hematoma s'hi veu la forma d'un trau o de la sivella del cinturó.
- Les contusions a l'interior o exterior dels llavis d'un nadó o un infant, o un esquinçament en el terra de la boca, són causats sovint per la introducció brusca d'un biberó o un xumet.
- Els nens no es poden autoinfligir ferides a la boca fins que no es poden asseure tots sols i caure endavant, de manera que es mosseguin l'interior dels llavis amb les dents.
- Les mossegades en nens ocasionades per altres humans presenten marques característiques en forma de mitja lluna i estan alineades. Mirant la distància que hi ha entre les dents canines es pot determinar si la mossegada l'ha feta un altre infant o un adult.
- Les contusions i altres lesions als genitals i a l'interior de les cuixes són causades, gairebé sempre, en resposta a incidents en el transcurs del bany o durant l'abús sexual.
- Les marques de dents als genitals suggereixen abús sexual.
- Les ferides punxants als genitals rares vegades són ocasionades per accidents.
- Un solc profund al penis pot ser causat per la repetida pressió d'una cadena, sovint per a evitar que l'infant mulli el llit.
- Les cicatrius i els hematomes múltiples, en diferents zones del cos, en diversos estadis de curació són un tret d'abús físic i suggereixen un maltractament continuat. L'edat de l'hematoma es pot determinar pel color, que va canviant a mesura que sagna.
- Hi ha molts tipus de cremades que són característiques de ferides per maltractament. Les més comunes són per cigarrets, que solen ser circulars i de mida coherent i que poden variar des de la butllofa fins a la nafra profunda, segons l'estona que el cigarret ha estat en contacte amb la pell.

- Les cremades a les mans poden ser un càstig per haver-se xumat el dit.
- Les cremades s'han de diferenciar de l'impetigen, una malaltia de la pell causada per un bacteri. Ocasionalment ocasiona úlceres de mides variades que formen crostes i exsudats que augmenten amb el temps.
- Les cremades per contacte poden ser el resultat de forçar l'infant a tocar un objecte calent, com una planxa, un radiador, una estufa o un ganivet. Solen deixar la forma de l'objecte amb què van ser fetes. Les cremades a les mans solen suggerir abús perquè, si es tracta d'un contacte accidental, els nens instintivament treuen les mans en contacte amb una font de calor. Les que són producte d'una immersió en aigua calenta solen tenir forma de guant o mitjó (als peus, turmells, mans o canells). Tenen una línia de demarcació regular i una característica absència d'esquixades. Cal distingir-les d'una malaltia anomenada *síndrome de la pell escaldada*, causada per un bacteri, l'estafilococs (*Staphylococcus*).
- En el cas de les lesions al cap, les fractures complexes i múltiples incrementen la probabilitat que hagin estat infligides; les lesions de tanta severitat gairebé no són mai el resultat d'un accident domèstic. Les conseqüències poden ser molt greus, com ceguesa, paràlisi cerebral i mort. En general, no es poden detectar a simple vista amb una inspecció ocular. Els símptomes són vòmits, irritabilitat crònica, disminució de la consciència, dificultat respiratòria, convulsions, etc.

Recordeu que com a treballadors socials sanitaris heu de tenir coneixements de medicina superiors als de la població en general perquè heu de compondre el diagnòstic social sanitari integrant el diagnòstic social i el mèdic, encara que aquest últim correspon al personal facultatiu. L'enumeració i explicació de determinades lesions físiques suggestives d'un possible maltractament es mostra amb l'objectiu d'incrementar els nostres coneixements mèdics. Heu de tenir sempre present que la feina de diagnosticar-les correspon a un metge.

3.3. La valoració psicosocial a la gent gran

Si bé en el cas dels menors hi ha un acord entorn de les persones que s'hi han de considerar, atenent el criteri de l'edat, amb les persones grans no passa el mateix. Sobre aquest tema, la mateixa OMS assenyala el següent:

"És impossible donar una definició única de *persona gran* que es pugui aplicar uniformement o que sigui útil en tots els casos".

World Health Organization; Servicio Canario de Salud (2002, febrer). *Guía de actuación en las personas mayores en atención primaria* (2a. ed., pàg. 7). World Health Organization / Servicio Canario de Salud.

La qüestió és que aquest qualificatiu s'atorga en funció de característiques biològiques, culturals i socials que difereixen segons que ens trobem en una regió o altra del planeta. En el nostre entorn se sol jutjar vàlid atorgar aquest qualificatiu a tota persona que ha fet seixanta-cinc anys, coincidint amb l'etapa de la jubilació forçosa.

Independentment de les modalitats organitzatives que adopti el centre de salut on treballem, convé prestar atenció a una sèrie d'elements que entren en joc a l'hora d'aplicar la valoració psicosocial a una persona gran.

D'entrada, hi ha moltes persones grans que tenen un notable grau de dependència funcional i psíquica fins a una edat bastant avançada; això es deu a l'alt grau de longevitat de la població espanyola (entre les més altes del món, en el cas de les dones) i a un important nivell de vida que situa el nostre país en els primers llocs de l'índex de desenvolupament humà de l'ONU¹³.

⁽¹³⁾Informe sobre desarrollo humano (2009) [document en línia]. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Nova York. [Data de consulta: 23 d'octubre de 2009].

Hi ha adults grans amb la mateixa edat cronològica que poden estar lluitant amb qüestions diferents. Per exemple, pot ser que comencin una carrera universitària, que es cuidin dels néts o fins i tot que tinguin fills en edat universitària. També pot ser que treballin, sobretot tenint en compte les modificacions legislatives reguladores de l'edat de jubilació.

Les persones envelleixen en un context cultural i social determinat. Hi ha cultures que atorguen un alt estatus social a les persones grans, i n'hi ha d'altres en què el valor social dominant és la joventut. Aquesta característica contribueix a la discriminació per l'edat, la qual cosa, internalitzada per les persones grans mateixes, pot afectar-los l'autoestima i posar límits al que es considera una conducta adequada. Per exemple, començar una relació de parella a una edat avançada o portar un estil determinat de roba o de pentinat.

Aquests estereotips també es poden donar en els mateixos professionals sanitaris, la qual cosa es pot traduir en els accions següents:

- Tenir actituds paternalistes.
- Subestimar l'ocurrència de problemes com la depressió.

Com a treballadors socials sanitaris, hem de tenir present si la persona gran és totalment independent o si presenta algun tipus de dependència física o psíquica.

En funció d'això, hem de classificar aquesta contingència en dues grans tipologies¹⁴:

⁽¹⁴⁾Guía de actuación en las personas mayores en atención primaria (2002, febrer, 2a. ed., pàg. 7). Servicio Canario de Salud.

- Persona gran sense risc: persona que no presenta uns indicadors de risc definits prèviament.

- Persona gran de risc: persona de seixanta-cinc anys o més en situació de vulnerabilitat per les seves condicions físiques, mentals, funcionals o socials, que la predisposen a un alt grau de dependència.

El 1987 l'OMS va establir els criteris que calia tenir en compte per a considerar una persona gran de risc. Per a determinar que hi ha una situació de risc cal que es presentin almenys dos dels criteris següents¹⁵ (fixeu-vos que la relació inclou criteris sanitaris i socials):

⁽¹⁵⁾ *Guía de actuación en las personas mayores en atención primaria* (2002, febrer, 2a. ed., pàg. 7-8). Servicio Canario de Salud.

- Tenir vuitanta anys o més.
- Viure sol.
- Haver perdut la parella en l'últim any.
- Haver canviat no fa gaire de domicili (inferior a un any).
- Polimedicació (quatre fàrmacs o més).
- Tenir una afecció crònica invalidadora (física o psíquica):
 - Accident cerebrovascular amb seqüeles.
 - Infart agut de miocardi o insuficiència cardíaca congestiva recent (inferior a sis mesos).
 - Malaltia de Parkinson.
 - Malaltia pulmonar obstructiva crònica.
 - Malaltia osteoarticular.
 - Caigudes recurrents.
 - Dèficit visual sever.
 - Hipoacúsia severa.
 - Demència.
 - Depressió.
 - Malaltia terminal.
- Tenir problemes socials que incideixen sobre la salut:
 - Situació econòmica precària.
 - Aïllament geogràfic extrem.
 - Absència de persones de suport (família, amics, veïns) i necessitat d'aquestes persones.

La presència d'un diagnòstic de demència o de malaltia terminal justifica per si mateixa la consideració de persona gran de risc.

En la valoració psicosocial a la persona gran de risc és rellevant considerar els aspectes següents:

a) El sector de població gran és el més comú en treball social en atenció primària. És important connectar amb la persona, escoltant la seva història al llarg de la seva vida, valorant la resiliència i les seves capacitats, des de l'enfocament de les fortaleces. Aquest enfocament, com hem vist, minimitza la possibilitat de crear dependència del professional i protegeix el nostre client del danyar-li l'autoestima. Hem d'estar al cas dels nostres propis perjudicis i de les diferèn-

cies culturals entre nosaltres i el nostre client. El centre de l'atenció s'ha de posar en la persona i el seu entorn. No ens ha de passar per alt que el treball social també és un art, de manera que moltes vegades hem de desenvolupar la creativitat per a ajudar el nostre client i trobar recursos. Això cobra una vital importància si tenim en compte el procés d'aprimament que experimenta en els últims anys el sistema de protecció social.

b) Recordeu que, més que no pas una recerca de problemes, cal establir un diàleg amb el nostre client o pacient, la qual cosa ens ajudarà a establir més bé la relació d'ajuda i a treballar a partir de l'enfocament de les fortaleses. Això vol dir que el treballador social no és el que té l'obligació de resoldre el problema, sinó que és el que ajuda la persona a generar les seves pròpies alternatives.

c) Treballar amb població gran també implica que hem d'evitar les pràctiques paternalistes i d'eludir expressament d'aliar-nos amb altres membres de la família o professionals per a "obligar" les persones grans a prendre decisions que afectin la seva vida o fins i tot per a prendre decisions sense ni tan sols consultar-les-hi.

d) La **situació familiar** adquireix importància si la persona viu sola o amb la seva família d'origen o uns altres familiars. Les persones que viuen soles són més vulnerables a la malaltia i a la dependència. Convé saber com són les relacions entre els seus membres, la relació entre la persona gran i les convivents, l'existència o no de conflictes greus. L'elaboració del genograma ens donarà una perspectiva més bona de les interaccions familiars. És important la valoració del suport social que poden aportar aquests familiars per la important contribució que fan a la qualitat de vida i al benestar de la persona gran. El suport social, segons la definició de Lin i altres (1986), "tracta de les provisions instrumentals o expressives, reals o percebudes aportades per la comunitat, les xarxes socials o els amics íntims". Per a Peggy A. Thoits (1982), "és el grau en què les necessitats socials bàsiques de la persona són satisfetes amb la interacció amb els altres, entenent per necessitats bàsiques l'afiliació, l'afecte, la pertinença, la identitat, la seguretat i l'aprovació". Distingim les variants següents del suport social:

- Suport emocional. Es tracta de conductes que fomenten els sentiments de benestar afectiu i que fan que el subjecte pensi que és admirat, respectat i estimat, i que hi ha persones que estan disposades a proporcionar-li afecte i seguretat.
- Suport material o instrumental. Accions o materials proporcionats per altres persones que permeten complir les responsabilitats quotidianes o que ajuden a resoldre problemes pràctics.

Referència bibliogràfica

A. Barrón; F. Chacón (1992). "Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes". *Aprendizaje. Revista de Psicología Social* (vol. 1, núm. 7, pàg. 53-59).

P. A. Thoits (1982). "Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress". *Journal of Health Social Behavior* (núm. 2, pàg. 145-159).

- Suport informacional. Procés pel qual les persones reben informació, consell i guia, que els ajuda a comprendre el seu món o a ajustar-se als canvis que hi ha en aquest seu món.

És igualment rellevant, però, indagar el suport social percebut per la persona gran mateixa, perquè a la pràctica no trobem sempre una coincidència entre el suport real i el suport social percebut; en tots dos casos n'estan demostrats els efectes sobre el benestar davant l'amenaça d'esdeveniments vitals estressants (Barrón i Chacón, 1992). Escau valorar el **suport social** en els seus dos vessants, el suport informal i el suport formal:

- El **suport informal** és el que subministren les xarxes informals: família, amics, veïns. Avaluar la mida, la densitat i la dispersió de la xarxa. Identificar els membres de la xarxa informal que exerceix el rol del cuidador, i registrar la persona o persones que facin el paper de cuidadors principals i el cuidador responsable. Aquestes funcions poden recaure en una sola persona. També s'han d'indagar les tasques que facin en relació amb les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) i amb les instrumentals (AIVD). Contrastar la informació facilitada pels cuidadors amb el resultat de la valoració de la dependència per a les ABVD (vegeu les escales de valoració recomanades: índex de Katz i índex de Lawton i Brody). Alhora, examinar i contraposar les dades que han aportat els membres de la xarxa amb el resultat de l'escala de valoració de la dependència per a les AIVD (vegeu l'escala de valoració recomanada: índex de Barthel). Sovint, els cuidadors tendeixen a descriure un rol en què proporcionen més suport que el que necessita la persona ja que no precisa si es recolza en una tasca de manera directa o si el que es fa és una supervisió d'aquesta tasca. La valoració del cuidador s'ha de dirigir primer de tot a recaptar dades sobre les ABVD en les quals fa de suport:

1. Banyar-se.
2. Vestir-se.
3. Mobilitat.
4. Ús del vàter.
5. Control dels esfínters.
6. Alimentació.

Pel que fa a les AIVD, comprèn entre d'altres els punts següents:

1. Ús del telèfon.
2. Maneig dels afers econòmics.
3. Responsabilitat en la medicació.
4. Cuidar de la casa.
5. Rentar la roba.
6. Anar a comprar.
7. Fer el menjar.

En el cas del cuidador principal, cal estar al cas de les manifestacions verbals sobre sentiments de sobrecàrrega amb la finalitat de prevenir una possible claudicació en les cures (vegeu les escales de valoració recomanades:

índex d'esforç del cuidador i qüestionari de Zarit: entrevista sobre la càrrega del cuidador).

- El **suport formal** és el que proporcionen els sistemes de protecció; per exemple, un servei d'ajuda a domicili proveït pels serveis socials municipals.

e) La **situació de l'habitatge**. Heu de valorar si l'habitatge disposa de serveis bàsics segons la zona de residència: no és el mateix no tenir calefacció en zones d'alta muntanya o el nord del país que a les illes Canàries. La presència de barreres arquitectòniques s'ha de detectar de manera immediata, per si cal emprendre alguna reforma de l'habitatge abans que progressi la dependència: els desnivells al pis o les portes estretes dificulten l'ús d'una cadira de rodes; hi ha molts habitatges antics que no tenen ascensor, la qual cosa, a la llarga, pot conduir a confinar-hi la persona gran i a aïllar-la socialment; el bany és una de les zones més sensibles de l'habitatge en relació amb els perjudicis que es deriven del fet que hi hagi barreres, ja que concerneix el confort personal. Un altre aspecte que cal valorar és l'emplaçament de l'habitatge: si és en un entorn urbà o rural; com es disposen al barri serveis com la farmàcia, el centre de salut, l'accés al transport públic o a activitats d'oci, com cinemes, teatres, centres cívics o esportius, etc. Convé estar al dia dels avenços relacionats amb les ajudes tècniques que comportin una millora de la qualitat de vida de les persones grans. No es pot indicar un recurs que no es coneix. Heu de recordar la fórmula per a determinar si hi ha amuntegament¹⁶. Per a fer-ho, heu de dividir els metres quadrats de l'habitatge pel nombre d'habitants que hi ha:

$$\text{Amuntegament} = \frac{m^2}{\text{Nombre d'habitants}}$$

$$\text{Si el resultat és: } \begin{cases} \leq 12 - 6 m & \Rightarrow \text{Amuntegament moderat} \\ < 6 m & \Rightarrow \text{Amuntegament} \end{cases}$$

(16) Aquesta dada es recull en la fase de valoració social. És en el diagnòstic social on consignem si hi ha amuntegament o no.

f) La **situació psíquica de la persona gran**. És un punt controvertit en la pràctica professional amb persones grans. S'observa una tendència cada vegada més generalitzada a tractar de manera paternalista les persones grans, i no solament passa amb els familiars, sinó que es dóna fins i tot entre els professionals. Això comporta la tendència a considerar que la persona és incapaç pel que fa a la vulnerabilitat física. És habitual rebre a la consulta demandes de familiars i altres professionals que impliquen la persona gran sense tenir-ne el consentiment o sense que ho sàpiga. Davant un fet d'aquestes característiques, hem de demanar l'opinió de la persona gran, sempre que el seu estat mental ho permeti. Si no ho podem fer, cal preveure la possibilitat que s'estigui cometent un abús. Recordeu el que assenyalàvem al principi d'aquest apartat en relació amb les consideracions ètiques que recull el Codi de deontologia de la professió.

g) Tenir en compte les **creences espirituals o religioses**. Hi ha molts autors que assenyalen la necessitat d'incorporar de manera habitual la valoració d'aquest aspecte en la nostra pràctica habitual. Aquesta qüestió és més ineludible, encara, quan tractem amb persones grans el cicle vital de les quals s'acosta al final. L'espiritualitat és present en tots els éssers humans, fins i tot en els que no estan adscrits a cap credo religiós o es consideren a si mateixes agnòstiques. En termes de benestar, els estudis mostren una correlació entre espiritualitat i creixement personal, creativitat, construcció del pensament i saviesa. Els estudis també indiquen la relació entre algun grau d'espiritualitat de les persones i la resiliència. És important indagar aquest aspecte quan explorem les fortaleces que té la persona per a fer front a situacions adverses. La religiositat també és important entre les generacions de persones grans. En aquests grups d'edat contribueix a les relacions amb els altres, a la implicació en tasques comunitàries i a la generació de xarxes de suport social informal. No obstant això, en el cas de la gent gran, no hem de donar per descomptat que són religiosos o que estan adscrits a un determinat conjunt de creences només pel fet que es presentin de manera majoritària en aquesta franja d'edat. Un exemple d'això és el cas d'una dona de vuitanta anys justament indignada amb un professional sanitari que s'havia obstinat a posar-li un servei de companyia a domicili. Aquest servei consistia en la visita d'una monja perquè hi pogués parlar ja que aquesta dona havia dit a la infermera que no anava a l'església més pròxima. Una escolta atenta a les creences i desitjos vertaders d'aquesta persona hauria detectat que el motiu de l'allunyament de l'església catòlica del poble era la desafecció envers aquesta religió.

Una de les situacions més complexes d'atenció en l'àmbit de l'atenció primària es dona a partir de la recepció d'una demanda d'actuació davant una possible situació d'abandó. Sovint, la demanda és establerta amb certa "urgència" pels professionals sanitaris, familiars, veïns, etc.

Entre les característiques d'aquesta demanda, a part de la urgència amb què es demana la resolució, hi ha la "pressió" que solen exercir altres nivells assistencials, com els centres d'especialitats i els hospitals. Rares vegades es presenta exempta de connotacions subjectives, ideològiques i de discriminació per l'edat.

És imprescindible fer una anàlisi exhaustiva i reposada de la demanda tenint en compte aquests factors, ja que es podria tractar d'un abandó, però també d'un problema d'altres persones, d'altres professionals, institucions, etc. Això és atribuïble també a qualsevol demanda que es pugui rebre com a treballador social sanitari. En el cas de persones grans, la situació d'abandó està relacionada amb la dependència; d'altra banda, no podem parlar d'abandó sense parlar de maltractaments.

Hem d'atendre un mateix concepte d'abandó si es tracta de fer-ne una valoració. Els treballadors socials sanitaris d'atenció primària del Servei Canari de Salut, després de fer una revisió bibliogràfica, han articular la definició d'*abandó* següent:

"El abandono es la situación en la que se encuentra una persona que en razón de sus condiciones personales, familiares y de su entorno resulta dependiente en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no tiene cubiertas sus necesidades básicas, con independencia de cuál o cuáles sean las causas de tal situación".

C. Abreu; L. Damas; D. Herrera; J. Mesa; P. Pérez; J. Teixidor (2006, novembre). *Actuación ante las situaciones de abandono*. Document inèdit. Canàries: Servicio Canario de Salud.

Una vegada s'ha constatat la sospita d'abandó, s'han de considerar algunes estratègies bàsiques que ens permetran incorporar en el procés d'intervenció els objectius, les activitats i les tasques que facilitin la resposta que necessiti cada situació en particular. Aquestes estratègies són les següents:

- La coordinació entre tots els professionals implicats com a manera de garantir l'abordatge integral.
- L'establiment d'una relació terapèutica que permeti la intervenció de tots els professionals implicats, per la qual cosa hem de mirar, explícitament, de no culpabilitzar les famílies.
- La potenciació de l'acció terapèutica interdisciplinària.
- La generació i utilització de recursos i alternatives que evitin l'ús de la via judicial amb l'objectiu que només es faci servir en situacions excepcionals.
- La intervenció social com a procés (en aquestes situacions, una resposta immediata no és sempre la millor resposta).
- L'actuació davant una situació d'abandó d'una persona gran ha de ser seqüenciada en els passos següents:
 - Cal fer la valoració interdisciplinària; al treballador social sanitari li correspon la valoració psicosocial.
 - En cas que es detecti un perill imminent per a la integritat física de la persona (i només en aquest cas), cal fer l'ingrés hospitalari i comunicar la situació a l'autoritat competent. L'alta s'ha de coordinar amb el servei de treball social sanitari hospitalari.
 - Si la persona gran no es troba en una situació que comprometi la seva integritat física, és important saber si accepta l'ajuda que li puguem oferir (cal descartar que tingui la síndrome de Diògenes, en la qual les persones no solen acceptar l'ajuda social o només l'accepten parcialment).
 - Cal verificar si hi ha deterioració cognitiva, la qual cosa ens condueix a estudiar la possibilitat de la incapacitació legal, total o parcial. La incapacitació legal d'una persona es duu a terme amb la finalitat

Referència bibliogràfica

H. H. Soares; M. Rose; R. Feiger (2011). "Clinical practice with older adults. Theory and practice in clinical social work". *Sage Publications*. (pàg. 407-434).

d'articular mesures de protecció, si bé en alguns casos pot donar lloc a abusos (interessos econòmics dels seus parents o persones pròximes, per exemple). Com a treballadors socials sanitaris, hem de promoure aquesta mesura amb la màxima cautela possible i una vegada descartats interessos espuris en les persones relacionades amb la persona gran. Els treballadors socials sanitaris som confrontats sovint amb la difícil dicotomia de la independència enfront de la dependència, del risc enfront de la seguretat, i de la qualitat de vida enfront de la quantitat de vida (Soares, Rose i Feiger, 2011). Això es fa més evident quan treballem amb persones afectades per la demència o perquè estan fent una negació. En el primer cas, pot ser útil fer una interconsulta amb el neuròleg, aprofitant les visites de seguiment que fan els pacients a aquest especialista, si intentem dilucidar el grau d'autonomia que conserva aquesta persona a l'efecte de determinar si no està totalment minvada i permet la presa de decisions. Com a guia orientativa, consulteu la puntuació obtinguda pel pacient en l'índex de deterioració global de Reisberg (GDS). A partir d'un GDS 6 es pot considerar el principi de la incapacitació legal, si és necessària.

3.4. L'establiment del diagnòstic social sanitari

Una vegada culminada la fase de la valoració psicosocial –en la qual hem vist que entren en joc les dues consideracions del treball social, com a ciència i com a art–, el pas metodològic següent és el diagnòstic social sanitari.

Quan fem aquest pas integrem el diagnòstic social i el diagnòstic mèdic, la qual cosa dóna lloc al diagnòstic social sanitari, element distintiu del treball social que es fa en les institucions sanitàries i sociosanitàries.

En aquest moment, heu de fer ús dels coneixements teòrics adquirits en la primera part del postgrau, prenent en consideració que tot diagnòstic engloba la individualitat de cada cas.

Consisteix a comprendre la situació del pacient en els aspectes interns i externs i implica reflexionar sobre els tres elements interrelacionats, això és, la persona, el problema i la situació, i valorar-los, per a establir les hipòtesis d'intervenció. El procés de diagnòstic es dóna de manera simultània a la intervenció, i fins i tot n'és una part (Abreu i altres, 2004).

Inclou els punts següents: identificar els problemes socials i els factors de risc social, relacionar els factors causals, prioritzar les actuacions, i fer un pronòstic.

Cal tenir en compte que en el diagnòstic social no podem repetir o tornar a reproduir les mateixes dades recollides en la fase de valoració, sinó que hem d'indicar el resultat de la integració d'aquestes dades.

Valoració sociosanitària



Diagnòstic sociosanitari

Referència bibliogràfica

M. C. Abreu; J. Armas; E. García; A. Gil; C. Hernández; M. C. Jiménez; L. Saavedra (2004). *Documento marco: Rol profesional de trabajo social en atención primaria de salud*. Canàries: Servicio Canario de Salud.

Exemple

Fase de valoració:

Persona adulta de vuitanta-tres anys afectada de demència, probablement del tipus Alzheimer, en estadi moderat sever GDS 5. És perceptora d'una pensió mensual per viduïtat de 601,80 euros, que constitueixen els seus únics ingressos econòmics. Viu sola.

És beneficiària del servei d'ajuda a domicili dues hores al dia per a ajudar-la a fer-se la higiene personal, a netejar l'habitatge i rentar la roba, i a anar a comprar. Les seves tres filles l'ajuden econòmicament a anar a un centre de dia, no adequat per a la patologia que presenta. En vista de l'augment de la necessitat de cures per l'avanç de la malaltia, els han dit que ha de marxar del centre de dia. Les filles acudeixen a la consulta perquè no saben què fer. Es planteja contractar un auxiliar de la llar per a les nits i sol·licitar una residència de persones grans pública.

Diagnòstic social sanitari:

Diagnòstic social sanitari
Incorrecte!*
Persona adulta gran amb demència, perceptora d'una pensió de 601,80 euros. Viu sola. Té un servei d'ajuda a domicili per fer-se la higiene personal i netejar l'habitatge. Les seves filles l'ajuden econòmicament i estan preocupades pel futur que li espera.
Correcte!
Persona gran de risc que presenta una malaltia degenerativa molt incapacitadora. Té uns ingressos econòmics propis que li permeten cobrir les necessitats bàsiques, però són insuficients per a sufragar les despeses derivades de la malaltia. És independent per a les ABVD excepte per a la higiene personal, i és dependent per a les AIVD. Té el suport social de la xarxa informal, que es caracteritza pel parentiu. Aquesta xarxa ofereix suport emocional i material (suport econòmic). També disposa de suport formal per a alguna de les necessitats de la vida diària i per a les instrumentals. Fa ús d'un recurs no adequat a les necessitats actuals, de manera que s'haurà de produir una modificació en l'àmbit d'atenció. Es preveu que progressarà cap a la gran dependència, per la qual cosa requerirà la presència d'un cuidador dia i nit. Es constata que els membres del grup familiar tenen capacitat per a buscar alternatives i prou coneixement del sistema de protecció social. Cal demanar-los més dades sobre el grau de suport material que poden prestar. Afegit a aquestes circumstàncies, l'atenció residencial és un recurs efectiu en les fases avançades de les demències per a garantir les cures i la seguretat física, això últim tenint en compte que viu sola.

* Aquest diagnòstic repeteix les dades recollides en l'estudi

3.5. La intervenció

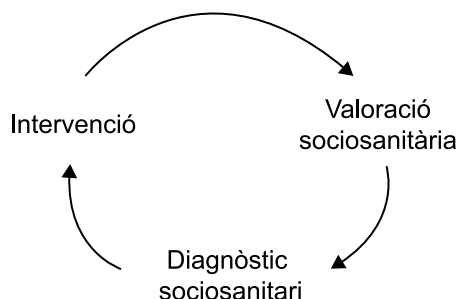
Tot seguit descriurem algunes de les intervencions més comunes dels treballadors socials sanitaris de l'àmbit de l'atenció primària, encara que n'hi ha moltes que són extrapolables a l'àmbit especialitzat. Per a fer-ho, seguirem la classificació establerta per la treballadora social britànica Pamela Trevithick, que sobre aquest tema diu el següent:

"No hay soluciones fáciles en el trabajo social, sobre todo cuando nos enfrentamos diariamente a la opresión y a privaciones".

P. Trevithick (2002). *Habilidades de comunicación en intervención social* (pàg. 175). Madrid: Editorial Narcea.

Lligades íntimament a la dificultat de les solucions trobem les limitacions dels treballadors socials a donar nom a allò que fem amb els clients. No hi ha una homogeneïtat en el llenguatge professional, la qual cosa representa una de les

assignatures pendents de la professió i implica un obstacle per a tenir-ne un més bon coneixement. La intervenció és la fase següent a la del diagnòstic social sanitari, encara que hem constatat que el procés de valoració és dinàmic, de manera que anem valorant i "intervenint" alhora en el cas, tal com es representa en la figura següent:



De la multiplicitat d'intervencions destaquem les següents:

- Subministrar informació. És una de les activitats més recognoscibles. El treballador social sanitari, però, no proporciona informació en la mesura que ho fa el servei d'atenció a l'usuari. Parlem d'informació que pot conduir a prendre decisions (una separació matrimonial, l'abandó de l'activitat laboral) i a resoldre problemes. En alguns casos s'ha de graduar de manera convenient. Per exemple, en el cas d'un client al qual s'acaba de comunicar que té una malaltia terminal i en la valoració psicosocial del qual detecteu que està en una fase de negació de la malaltia, considereu que convé informar-lo dels tràmits de la incapacitat laboral?
- No és adequat aclaparar el client amb un excés d'informació ja que l'ansietat, la por o un cúmul de situacions estressants poden disminuir la capacitat de les persones per a prestar atenció a la informació que els donem, com és el cas dels cuidadors.
- Donar explicacions a un client és moltes vegades una manera de contrarestar els efectes d'una mala informació prèvia. Sovint, els clients acudeixen amb una informació esbiaixada o distorsionada dels seus drets, les seves obligacions o sobre l'ús dels serveis quan fan demandes desproporcionades al sistema sanitari.
- Donar ànim i seguretat en situacions en què el client ha d'afrontar o està afrontant una situació difícil. És aconsellable en situacions en què es detecti una baixa autoestima o inseguretat. Alguns autors assenyalen que aquesta intervenció no està exempta de controvèrsia perquè es pot interpretar com una manera d'intentar dirigir la vida del client en un sentit o altre.

- Tranquil·litzar és una intervenció dirigida a reduir el nivell d'ansietat davant una determinada situació. Això es pot aconseguir indirectament mitjançant el tracte respectuós amb el client, una predisposició per a l'escolta o el to de veu, i directament si fem preguntes com, per exemple, "en què li sembla que li puc fer servei?".
- Prestar assistència pràctica i material és una de les intervencions més habituals i reconegudes com a pròpies del treballador social. Alguns estudis destaquen la valoració positiva feta pels clients del treball social sobre el fet que se li presti assistència. Emplenar una sol·licitud, fer una reclamació, facilitar l'accés a la farmàcia gratuïta, obtenir una plaça en un centre sociosanitari o intervenir perquè un client surti d'una llista d'espera són activitats que corresponen al marc del treball social sanitari. El tràmit de prestacions i ajudes socials (assistència material) destinades a cobrir les necessitats bàsiques no té cap relació amb la missió de les institucions sanitàries: és una competència dels treballadors socials i d'altres instàncies. Convé que el client, i altres professionals, percebin la diferència per a mirar que la consulta de treball social sanitari no sigui identificada erròniament com una delegació dels serveis socials.
- Donar suport, sobretot emocional, als clients que tenen una xarxa social deficitària o no en tenen. En aquest cas, hem de ser clars sobre el tipus de suport que s'ofereix, la finalitat d'aquest suport i el temps que durarà, ja que correm el risc de generar dependència en el nostre client.
- Entrenar les habilitats socials que farem servir quan constatem que hi ha problemes conductuals i per a disminuir l'ansietat.
- Recontextualitzar és una de les tècniques de la teràpia familiar i de la programació neurolingüística. Implica agafar un fet i situar-lo en un context diferent. És indicat especialment per a persones amb baixa autoestima.
- Fer servir tècniques d'orientació psicològica és una tasca habitual en el treball social sanitari. L'objectiu és millorar el funcionament social del client posant l'èmfasi en la solució d'un problema en concret. En aquest apartat s'hi emmarca la tècnica per a la resolució de problemes, la modificació de conductes autodestructives o inadaptades, l'apoderament, etc.
- Contenir l'ansietat que solen tenir els nostres clients. L'ansietat és una reposada emocional generalitzada a sentiments de vergonya, culpa, preocupació, etc. L'abordatge ha de ser franc i directe, i cal demanar al client que ens expliqui detalladament les seves preocupacions. Mostrar empatia i tenir una actitud d'escolta. El procés de comunicació sol ajudar a disminuir l'impacte de l'ansietat sobre la vida de les persones.
- Aconsellament (*counseling*). Es tracta d'una de les intervencions centrals del treball social sanitari. Comporta la necessitat que el treballador social

tingui una base de coneixement sòlida i actualitzada. Trevithick recomana que aquests coneixements siguin detallats com a mínim en les àrees de lleis, drets socials i serveis socials comunitaris de base.

En el context de la psicoteràpia podem considerar que hi ha diversos nivells d'intervenció:

- El suport emocional.
- L'aconsellament.
- La psicoteràpia reglada facilitada pels professionals de la psiquiatria i la psicologia i per treballadors socials formats degudament per a això. Aquesta pràctica és habitual entre els treballadors socials en països com els Estats Units.

En l'aconsellament es busca identificar el problema presentat pel client d'una manera clara i precisa i ajudar-lo a trobar possibles solucions. Recordeu que un dels valors del treball social és propiciar la capacitat de les persones per a resoldre els seus problemes i fomentar així la seva autosuficiència i la seva autonomia personal. S'ha d'anar amb compte de no "dirigir" la vida dels nostres clients en una determinada direcció, la qual cosa pot comportar una sensació més gran d'indefensió i generar una dependència envers el professional. Trevithick apunta que aquesta intervenció s'ha de fer quan s'hagi produït un fracàs en la implementació d'altres possibilitats d'intervenció.

- La prioritització, en la pràctica clínica amb gent gran, sol ser la intervenció en crisi i el fet d'assistir les persones davant situacions complicades. Ajudar a prioritzar els problemes per a resoldre'ls és essencial per a alleujar l'ansietat del pacient i de la seva família (Soares, Rose i Feiger, 2011). Hem de demanar al client quin problema vol abordar primer.
- L'apoderament. Davant la pèrdua de control sobre la seva vida hem d'ajudar les persones a parlar per si mateixes i a fer respectar els seus drets pel que concerneix les cures (*op. cit.*)
- El replantejament (*reframing*) consisteix a ajudar el client a observar una situació des d'una perspectiva diferent.
- La reminiscència (*reminiscence*). En aquesta tècnica el client revisa el seu passat. Permet a les persones grans revisar la seva vida des d'una perspectiva més àmplia.

Hi ha altres habilitats per a la pràctica igualment importants per a la intervenció, com la capacitat de saber redactar un escrit i elaborar un informe social sanitari exhaustiu. La redacció adequada d'un text és rellevant en la defensa

Referència bibliogràfica

H. H. Soares; M. Rose; R. Feiger (2011). "Clinical practice with older adults. Theory and practice in clinical social work". *Sage Publications*. (pàg. 407-434).

del client, per exemple per a fer una reclamació. L'informe social sanitari és útil, en la majoria dels casos, perquè el client obtingui un recurs que li és molt necessari.

4. La recerca

En la formació de pregrau de Treball social es reconeix la importància de la recerca per a la disciplina, encara que l'èmfasi es posa més en l'ensenyament de la pràctica de la professió. Això pot fer que els treballadors socials considerin la recerca una entitat menor. De fet, la recerca en treball social en general i en el treball social sanitari en particular és un camp que no té gaire desenvolupament al nostre país. En el cas del treball social sanitari, envoltat de professions amb un nivell elevat de desenvolupament científic, aquesta realitat es fa encara més sagnant: és una de les causes de l'establiment de relacions asimètriques amb aquestes professions, i té com a conseqüència que siguin aquestes professions mateixes les que es prodiguin en la recerca dels àmbits de competència dels treballadors socials.

El marc de l'atenció primària no és precisament un entorn afavoridor per a fer estudis empírics. En el camp de la medicina, la majoria dels projectes de recerca són en els grans hospitals i es vinculen també a les facultats i als centres universitaris. Això es tradueix en un increment de la dificultat per a emprendre projectes de recerca en treball social sanitari en el marc de l'atenció primària.

Així i tot, el desenvolupament de l'especialitat de treball social sanitari s'ha d'establir en la generació de coneixement base que informi la pràctica professional.

El treball social basat en l'evidència es torna una garantia de qualitat per als usuaris dels serveis de treball social sanitari. D'altra banda, cal ampliar la capacitat per a emprendre recerca culturalment rellevant. La *competència cultural* és un concepte clau en el treball social del segle XXI, atès que la pràctica professional té lloc cada vegada més en entorns multiculturals, i determina la necessitat de desenvolupar un conjunt d'habilitats professionals que possibilitin la provisió adequada de serveis a individus i grups amb diferències culturals, racials o ètniques.

En el context de l'atenció primària, un model d'atenció proactiu basat en l'atenció als factors de risc, l'estandardització dels processos assistencials i les demandes, i en un sistema de registre adequat a la variabilitat d'intervencions en la pràctica del treball social sanitari, constitueix un bon fonament per al desenvolupament de l'àrea de recerca. Una deficiència en els registres dificulta l'avaluació dels serveis que oferim als ciutadans.

En els últims quinze anys, hi ha hagut països com els Estats Units que han creat una infraestructura per al desenvolupament de la recerca¹⁷, amb notables resultats per al treball social que es duu a terme en establiments sanitaris, mitjançant la creació de l'Institut per al Desenvolupament de la Recerca en Treball Social (IASWR). En particular, en el camp del treball social en salut, l'IASWR té entre els seus èxits la creació, als anys noranta, de vuit centres per a la recerca en treball social finançats per l'Institut Nacional de Salut (National Institute of Health, NIH), més o menys l'equivalent al Ministeri de Sanitat espanyol. Ja en aquest segle, l'NIH va sol·licitar que es presentessin propostes per a elaborar projectes de recerca, la qual cosa posava de manifest el reconeixement públic de la contribució de la pràctica del treball social a la millora i a l'eficàcia de les intervencions dirigides a l'atenció a determinats problemes de salut¹⁸. Durant el període comprès entre els anys 1993 i 2007, l'NIH ha concedit 621 beques de recerca a treballadors socials.

És d'esperar en els pròxims anys la creació d'aquesta àrea, que s'ha de constituir en el vertader motor per al creixement de la disciplina i de l'especialitat de treball social sanitari.

La recerca busca saber la veritat o almenys acostar-nos-hi tant com puguem. Davant els problemes que es plantegen als nostres usuaris o davant les dificultats en l'exercici de la professió, podem trobar preguntes per a fer estudis:

- És efectiu el centre de dia com a mesura per a facilitar el respir familiar dels cuidadors de malalts d'Alzheimer?
- Quines són les reaccions emocionals més comunes dels cuidadors de malalts amb demència?
- És efectiva l'escala de valoració del suport social percebut en persones amb trastorn límit de la personalitat?
- Quantes persones grans de la zona bàsica o de l'àrea de salut que han sol·licitat plaça en una residència es moren sense haver-la arribat a obtenir?

Com veieu, de preguntes de recerca en atenció primària n'hi ha moltes.

⁽¹⁷⁾J. L. Zlotnik; B. E. Solt (2008, desembre). "Developing research infrastructure: The Institute for the Advancement of Social Work Research". *Social Work Research* (vol. 32, núm. 4, pàg. 201-207). National Association of Social Work.

⁽¹⁸⁾J. L. Zlotnik; B. E. Solt (2008). *Op. cit.*

Vegeu també

Aquest aspecte es desenvolupa en un altre apartat de l'assignatura.

5. La docència

Una qüestió que se sol obviar en la formació dels treballadors socials és l'ensenyament de tècniques per a la comunicació oral i escrita.

El desenvolupament acadèmic del treball social, amb la implantació del títol de grau i les possibilitats de fer postgraus, mestratges i doctorats, determina una necessitat creixent de desplegar habilitats per a exercir activitats científiques, tant en la versió escrita com en l'exposició oral en jornades o congressos o en les sessions de formació i docència dins els equips assistencials.

Cobra una rellevància especial la comunicació intel·ligent dels coneixements i la divulgació dels treballs, si bé fer-se entendre no és una feina fàcil.

La comunicació té uns aspectes formals que tenen a veure amb els punts següents:

- La veu.
- La dicció.
- El ritme de la parla o de l'entonació. Per exemple, quan fem una exposició oral, parlar d'una manera més lenta ens serveix perquè se'ns organitzin les idees al pensament. També podem usar els silencis convenientment per a aquesta reorganització del pensament emfatitzant el que volem dir. Mirar l'ull esquerre de les persones del públic fa que el seu cervell interpreti que no els mentim.

En la comunicació activa hi ha dues metes en funció de l'objectiu del comunicador o de la persona que vol influir en els receptors del missatge:

- 1) Es tracta d'aconseguir un comportament concret del receptor de la comunicació.
- 2) Es vol que a la llarga el receptor canviï les actituds, i es persegueix, finalment, el canvi conductual.

Tots fem servir tècniques quan volem influir en altres persones, i ho podem fer sobre els aspectes següents:

- Les percepcions.
- Les creences.
- Les actituds.
- Els comportaments.

Segons Cialdini (1995), aquestes tècniques són les següents:

a) El principi de reciprocitat

Les persones a les quals prèviament s'ha fet un regal són més fàcils de convèncer del nostre discurs perquè secundin els nostres propòsits. El sentiment d'obligació envers nosaltres els farà més proclius a accedir als nostres requeriments.

b) El principi d'escassetat

Les persones tenim la tendència a valorar més allò que ens costa més d'aconseguir o qualsevol oportunitat que se'ns pugui escapar. Això s'explica perquè considerem més bé el que no està a l'abast de qualsevol i perquè quan hi ha alguna cosa a la qual no es pot accedir s'incrementa el desig d'obtenir-la. Per exemple, assistir a un curs amb tal ponent de prestigi que ha dit que solament podrà impartir unes hores de classe.

c) El principi de validació social

Una altra tendència molt humana és la d'actuar com ho fa la gent que ens envolta, perquè es pensa que és més adequat fer el que fan les persones semblants a nosaltres. Per exemple, aquest curs ha donat bons resultats a altres professionals, o en les avaluacions d'edicions anteriors la majoria dels assistents prefereixen aquests continguts que s'han exposat.

d) El principi de simpatia

Aquest principi postula que la tendència de l'ésser humà és de fer el que vol que fem la gent que ens estimem. Les persones físicament atractives són més proclius a generar respostes positives. Com més ens atreu una persona, més capacitat tindrà per a influir-nos. Per exemple, elogiar la ciutat on es fa la conferència.

e) El principi d'autoritat

Hi ha una obligació implícita d'obeir el qui mana. Aquest principi s'adquireix a la infància i no solament s'estén a l'obediència a l'autoritat legítima sinó també als seus símbols. Per exemple, les atribucions que conferim a la bata blanca o als uniformes. Comporta cuidar la imatge quan anem a fer una conferència per a transmetre una imatge formal i neutra.

f) El principi de coherència

Es tracta de la importància social de ser congruent amb actuacions anteriors i amb els compromisos adquirits.

Aquests principis són útils en la majoria de les ocasions, s'aprenen des de la infància i serveixen com a drecera cognitiva per a percebre la realitat. Usats simultàniament augmenten la capacitat d'influir en l'interlocutor o el públic.

5.1. La comunicació mitjançant la presentació oral en format digital

És important fer una presentació oral adequada ja que motiva l'escolta, facilita l'exposició a l'orador i la comprensió a l'oïdor. També ajuda a modular el temps d'exposició i a controlar el temut pànic escènic.

Un pas previ a elaborar la presentació oral és tenir en compte el següent:

- Què exposem.
- A qui va dirigida la presentació. No és el mateix dirigir-la a altres treballadors socials que fer-ho a la resta dels professionals sanitaris o fer una xerrada a pacients.
- On es fa la conferència.
- Quan s'exposa.

Quan es tracta de presentacions orals per a comunicar resultats d'una recerca quantitativa, es recomana seguir aquest esquema:

- Títol i autors.
- Introducció.
- Objectiu.
- Material i mètode.
- Resultats.
- Discussió i conclusions.
- Reflexions, aplicabilitat.

En el cas de les presentacions, per a comunicar resultats de recerca qualitativa es recomana seguir l'esquema següent:

- Títol i autors.
- Subtítol (dues línies).
- Grup de treball (cal destacar el ponent).
- Àmbit de treball.

És important establir l'autoria del treball des del principi per a evitar cap conflicte més endavant.

En la introducció de la presentació cal tenir en compte les recomanacions següents:

- a) S'ha de captar l'atenció de l'auditori.
- b) S'ha de justificar la importància del tema que s'exposa.
- c) S'ha de fer una introducció pertinent, breu i que serveixi de transició cap a l'objectiu.
- d) Pot incloure referències, citacions, la situació de partida.
- e) S'ha d'anar del que és general al que és específic i demostrar que es coneix el tema o el problema.

En general, cal tenir en compte les consideracions següents:

- S'ha de portar la comunicació o presentació en diversos formats i enviar-la nosaltres mateixos per correu electrònic per si fallaven la resta dels formats.
- No s'ha de posar en la diapositiva tot el text que exposarem.
- Es poden preparar diapositives ocultes per a estar preparats si el públic fa preguntes imprevistes de principi.
- No és recomanable falsejar resultats.
- La humilitat en l'exposició sol ser ben valorada per l'auditori.
- S'ha d'estar preparat per si hi ha preguntes "punyeteres".
- És més convenient fer l'exposició drets.
- Fer l'exposició amb faristol o sense depèn de la seguretat i l'experiència de cadascú.
- El suport audiovisual que fem servir ha de ser conegut (punter, portàtil, etc.).
- No s'ha de llegir.
- S'ha de comprovar que l'auditori ens sentirà bé.
- S'ha de comprovar que tothom veu bé la presentació.
- No ha d'obstaculitzar un mateix la visió de la presentació.
- S'ha d'estar de cara a l'auditori i alternar on es posa la mirada.
- S'ha de assenyalar tan bé com es pugui (fent servir el punter).
- S'ha d'evitar donar massa informació en poca estona.

Pel que fa a l'aspecte personal i l'actitud:

- L'aparença externa ha de ser correcta perquè no acabi essent una distracció.
- S'ha de fer servir l'èmfasi necessari i s'ha de ser simpàtic però no bromista.
- S'han d'evitar els tics verbals i no verbals.
- És beneficiós tenir cert grau de nerviosisme.
- S'ha d'**assajar** l'exposició.

Pel que fa al mitjà audiovisual:

- S'ha de dominar el mitjà seleccionat per a fer la presentació.
- Les diapositives val més que siguin apaïssades.
- Hi ha d'haver tons de color de fons: foscos i lletres de color clar o viceversa. S'ha d'anar amb compte amb els fons fotogràfics.
- El cos de la lletra ha de ser més gran de 16-18.
- Tota la presentació ha de ser en la mateixa línia i els mateixos colors (de tres a quatre colors).
- No s'han de sobrecarregar les presentacions.
- No s'han de posar més de deu línies en cada diapositiva amb text, i si es pot explicar amb una imatge, millor.
- S'han d'aclarir els acrònims i les abreviatures.
- S'han de posar les referències, si fem servir taules i figures d'un altre autor.

Pel que fa al temps d'exposició, és molt important tenir en compte el següent:

Recordeu que es triga a exposar cada diapositiva entre trenta segons i tres minuts. La mitjana és d'un minut:

Una presentació de deu minuts = de 7 a 9 diapositives.

Resum

En aquest mòdul hem vist que el treball social sanitari en l'atenció primària de salut és un marc ideal per a la pràctica professional en els dos focus d'atenció de la disciplina: el treball individual o familiar i el grupal o comunitari.

En l'atenció a usuaris es rep una gran varietat de demandes. Per a abordar els problemes psicosocials, es parteix de la concepció del treball social com a art i com a ciència en què la valoració psicosocial es concep com un procés dinàmic. Destaca la valoració psicosocial dels sectors de població als quals va dirigit, preferentment la nostra intervenció professional en l'atenció directa als usuaris. La valoració s'ha d'emprendre des d'una concepció racional i metodològica, i eliminant-ne, en la mesura que sigui possible, l'esdeveniment de biaixos.

En l'atenció individual i familiar es desplega un ampli ventall d'intervencions. Les intervencions han d'anar precedides del diagnòstic social sanitari, i aquest darrer s'ha de formular en termes precisos i amb dades contrastades. Alhora, en el mòdul hem vist com a la literatura del treball social existeixen els conceptes per a denominar les nostres intervencions.

Finalment, la recerca i la docència adquireixen una rellevància especial en el marc del treball interdisciplinar. L'àmbit de l'atenció primària és propici per al desplegament de la riquesa i variabilitat del treball social sanitari.

Hem volgut mostrar la utilitat dels grups en atenció primària de salut, les seves múltiples aplicacions i la tipologia.

Bibliografia

Abreu, M. C. (2009, setembre). "El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud" [article en línia]. *ENE* (vol.3, núm. 2)

Abreu, C.; Damas, L.; Herrera, D.; Mesa, J.; Pérez, P.; Teixidor, J. (2006, novembre). *Actuación ante las situaciones de abandono*. Document inèdit. Canàries: Servicio Canario de Salud.

Abreu, M. C.; Armas García, E.; Gil, A.; Hernández, C.; Jiménez, M. C.; Saavedra, L. (2004). *Documento Marco: Rol profesional de trabajo social en atención primaria de salud*. Servicio Canario de Salud.

Austrian, S. G. (2009). "Guidelines for conducting a biopsychosocial assessment". A: A. R. Roberts (ed.). *Social Workers' Desk Reference*. Oxford: Oxford University Press.

Barker, R. L. (2003). *The social work dictionary* (5a. ed.). NASW Press.

Barrón, A.; Chacón, F. (1992). "Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes". *Aprendizaje. Revista de Psicología Social* (vol. 1, núm. 7, pàg. 53-59).

Código deontológico. Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social [document en línia].

Conferencia Internacional sobre Atención Primària de Salut (1978, 6-12 de setembre). Organització Mundial de la Salut. Alma-Ata, Kazakhstan.

Dabas, E. (1993). *Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Barcelona: Editorial Paidós.

Drisko, J. W. (2009). "Common factors in therapy". *Social workers' desk reference* (2a. ed.). Oxford University Press.

Framework for Assessment of Children in Need and their Families (2000). Home Office, Department of Health, Department for Education and Employment.

Geissler-Piltz, B. (2011). "How social workers experience supervision: results of an empirical study in the healthcare sector". *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* (vol. 20, núm. 1, pàg. 5).

Gibbs, L. (2009). "How social workers can do more good than harm. Critical thinking, evidence-based practice and avoiding fallacies". A: A. R. Roberts (ed.). *Social Workers' Desk Reference*. Oxford: Oxford University Press.

Goldberg, R. J. i altres (1984). "Medical Clinic Referrals to Psychiatric Social Work: Review of 100 Cases". *General Hospital Psychiatry* (núm. 6, pàg. 147-152).

Guía de actuación en las personas mayores en atención primaria (2002, febrer, 2a. ed.). Canàries: Servicio Canario de Salud.

Informe sobre desarrollo humano (2009). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) [document en línia]. Nova York. [Data de consulta: 23 d'octubre de 2009]. <<http://hdr.undp.org/en/mediacentre/>>

Meyer, C. H. (ed.) (1993). *Clinical Social Work in an Eco-Systems Perspective*. Nova York: Columbia University Press.

Moix, M. (2006). *Teoría del trabajo social*. Madrid: Editorial Síntesis.

Parker, J.; Bradley, G. (2003). *Social Work Practice. Assessment, Planning, Intervention and Review*. Learning Matters Ltd.

Programa de salud infantil (2003). Canàries: Servicio Canario de Salud.

Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico (2003). Canàries: Servicio Canario de Salud.

Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 16 de setembre de 2006, núm. 222.

- Richmond, M.** (1917). *Social Diagnosis*. Nova York: Russell Sage Foundation.
- Roberts, C. S.** (1989). "Conflicting professional values in social work and medicine". *Health and Social Work* (vol. 14, núm. 3). National Association of Social Workers.
- Rosen, R.; Asaria, P.; Dixon, A.** (2007). *Improving Chronic Disease Mmanagement. An Anglo-American Exchange*. Informe del Seminari. Londres: King's Fund.
- Rycus, J. S.; Hughes, R. C.** (2009). "Recognizing indicators of child maltreatment". A: A. R. Roberts (ed.). *Social Workers' Desk Reference*. Oxford: Oxford University Press.
- Servicio Canario de Salud** (2003). *Documento Marco del Rol Profesional de Trabajo Social en la Atención Primaria de Salud*.
- Soares, H. H.; Rose, M.; Feiger, R.** (2011). "Clinical Practice with older Adults. Theory & practice in clinical social work". *Sage Publications, Inc.* (pàg. 407-434).
- Sticher-Gil, B.** (1993). "Übergänge von der Sozialpsychiatrie zur Sozialarbeit". *Studium Praxis* (núm. 70, pàg. 3-7).
- Terbuyken, G.** (1997). "Verstehen und Begleiten. Konzeptionelle Überlegungen zum Selbstverständnis von Sozialarbeiter/innen in der Psychiatrie". *Soziale Arbeit* (núm. 2).
- The Victoria Climbié Inquiry Report* (2003) [document en línia]. Londres: House of Commons, Health Committee. [Data de consulta: 23 d'octubre de 2009].
- Thoits, P. A.** (1982). "Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against live stress". *Journal of Health Social Behavior* (núm. 2, pàg. 145-159).
- Trevithick, P.** (2002). *Habilidades de comunicación en intervención social*. Madrid: Editorial Narcea.
- Zabora, J. M.** (2009). "Developing of a proactive model of health care versus a reactive system of referrals". A: A. R. Roberts (ed.). *Social Workers' Desk Reference*. Oxford: Oxford University Press.
- Zlotnik, J. L.; Solt, B. E.** (2008, desembre). "Developing research infrastructure: The Institute for the Advancement of Social Work Research". *Social Work Research* (vol. 32, núm. 4). National Association of Social Work.