



GUIA DE DETECCIÓ DE PERSONES AMB PROBLEMÀTICA SOCIAL A L'HOSPITAL D'AGUTS

“Als nous temps, corresponen noves estratègies de treball social”

Carme Guiteras Mauri T. Social, Consorci Hospitalari Vic
Ascensión Martos Martínez T. Social, Corporació Sanitària Parc Taulí
Anna Ros Rabert T. Social, Institut d'Assistència Sanitària

Consell Tècnic Assessor de Treball Social. Unió Catalana d'Hospitals. 2009-2016.

AGRAÏMENT

El document que presentem és el resultat d'un treball que hem anat fent al llarg de varis anys i que, finalment volem compartir amb tots els professionals de l'àmbit de la salut, siguin o no treballadors socials, però especialment amb els nostres companys: treballadors socials sanitaris.

Volem agrair al Consell Tècnic Assessor de Treball Social de La Unió, les facilitats, la confiança i la empenta que ha fet possible que el document sigui avui una realitat.

I com no, agrair a les nostres respectives institucions que ens hagin permet les moltes hores que hem passat fent recerca bibliogràfica, seleccionant, llegint i revisant la bibliografia que ha servit d'aval a cadascú dels indicadors proposats, l'assistència a les reunions de treball per a consensuar el document definitiu, que desitgem sigui d'utilitat per tots vosaltres.

Gràcies a tots i a totes.

INDEX

1. JUSTIFICACIÓ	2
2. INTRODUCCIÓ	5
3. ÀMBIT D'ACTUACIÓ.....	6
4. OBJECTIUS	7
6. METODOLOGIA.....	8
7. RESULTATS.....	11
8. INDICADORS DE RISC SOCIAL.....	12
8.1.- INDICADORS GENERALS DE DETECCIÓ.....	12
8.2.- INDICADORS GENERALS DE DETECCIÓ EN L'ÀMBIT D'AGUTS	12
8.3.- INDICADORS ESPECÍFICS DE DETECCIÓ EN SALUT MENTAL I ADDICIONS	21
8.4.- INDICADORS ESPECÍFICS DE DETECCIÓ EN OBSTETRICIA	28
8.5.- INDICADORS ESPECÍFICS DE DETECCIÓ EN PEDIATRIA	41
9. DERIVACIÓ A TREBALL SOCIAL.....	49
10. CIRCUIT DETECCIÓ/DERIVACIÓ	50
11. AVALUACIÓ.....	51
12. BIBLIOGRAFIA	52

1. JUSTIFICACIÓ

Fa anys que els sistemes de salut fan front a un conjunt de tendències socials (envelliment, cronicitat, etc.), tecnològiques (noves teràpies, nous medicaments etc.), econòmiques (augment de la pressió sobre els recursos públics) que fan que es transformin a fi de garantir la seva eficàcia, qualitat i sostenibilitat.

El Pla de Salut 2011-2015 (1.1), en l'àmbit de la política sanitària preveia: "l'augment de previsió i resolució en l'atenció primària, les alternatives a l'hospitalització i l'atenció a través de noves tecnologies. Aquests canvis determinen un nou model d'atenció sanitària on es desenvolupen cada vegada més alternatives a l'hospitalització traslladant el pes de l'atenció sanitària a l'atenció primària i al propi domicili del pacient. Comporta necessàriament una disminució, principalment, de l'atenció hospitalària d'aguts i dels llits de llarga estada".

Igualment la línia d'actuació 5 del mateix Pla de Salut (1.1) es centrava en un "Major enfocament cap als pacients i les famílies, gestionant entre altres, el risc dels assegurats".

Incorporant aquestes línies, des de la vessant del treball social és bàsic preveure les repercussions d'aquest nou model sobre l'atenció a les persones i delimitar la població en la que és necessari intervenir. Es consideraran especialment col·lectius de risc els malalts crònics complexos, persones amb malaltia mental, persones grans amb problemes de salut i/o d'autonomia prèvia amb processos aguts recents, pèrdues sobtades d'autonomia, malalties neurològiques evolucionades, infants en situació de vulnerabilitat familiar...

La detecció precoç dels factors de risc social ha de facilitar:

- La intervenció social (2): el treballador social realitza una acció d'acompanyament en un moment de fragilitat de la persona mitjançant l'escolta activa, la comprensió i el reforç de les seves capacitats per a promoure el procés de canvi per tal de millorar el seu benestar personal, social i familiar i/o la resolució de la situació que el preocupa (3).
- L'abordatge integral: mitjançant el treball multidisciplinari i/o interdisciplinari que garanteixi la continuïtat assistencial, tenint present els valors i les creences de la persona i la seva voluntat manifestada (4), així com la visió, missió i valors de la institució on es desenvolupa l'activitat.
- La coordinació (5): indispensable per la continuïtat assistencial la qual es realitza de manera interinstitucional (membres de l'equip assistencial) i de forma interinstitucional amb professionals dels serveis socials d'atenció primària i/o especialitzats, serveis de salut en general i/o recursos de la comunitat.

La detecció tardana de les dificultats socials pot tenir conseqüències a nivell d'endarrerir altes, reingressos innecessaris, hiperfreqüentació dels serveis d'urgències, descoordinació interprofessional i interinstitucional, incompliment de la pauta terapèutica, entre d'altres.

Implementar aquesta estratègia permet planificar l'alta des del moment de l'ingrés o fins i tot previ a ell, si és tracta d'un ingrés programat, sistematitzar la metodologia, la derivació de la persona a Treball Social, i aporta a la història clínica compartida les dades significatives de la problemàtica social pel curs de la malaltia. La finalitat és permetre ubicar correctament la persona a l'alta i la continuïtat en l'atenció en el marc d'un pla individual de treball.

El sistema públic de salut de Catalunya té el repte de donar una resposta a la demanda creixent de serveis assistencials. L'augment de l'esperança de vida de la població, la modificació de les necessitats de salut de les persones i els avenços diagnòstics, terapèutics i tecnològics, plantegen el repte d'atendre a més persones, més grans, amb més patologies i amb un grau més elevat de complexitat.

El Pla de salut de Catalunya 2016 -2020,(1.2) és la formalització de la política del Govern de la Generalitat per donar una resposta global a aquest repte mitjançant accions de promoció i protecció de la salut, prevenció de les malalties, tractament de les persones malaltes i rehabilitació i reinserció a la societat en les millors condicions possibles.

Dins de les diferents línies proposades hi ha dos projectes que coincideixin, clarament, amb la filosofia d'aquest document de treball:

LÍNIA 2. Les persones la seva salut i el sistema sanitari

El foment de la participació en el desenvolupament de polítiques públiques és un indicador de qualitat democràtica, un procediment que millora la transparència del sistema públic de salut i un mecanisme per copsar i introduir l'opinió de la comunitat en la presa de decisions. La participació acostuma les decisions als ciutadans.

2.1. Autoresponsabilitat i autocura de les persones

2.2. Participació en el disseny del model d'atenció centrada en la persona

2.3. Utilització de les TIC en el nou model relacional d'atenció integrada social i sanitària

2.4. Operativització de la nova Carta de Drets i Deures de Catalunya

LÍNIA 5. Atenció integrada social i sanitària

En els propers anys Catalunya estarà sotmesa a la pressió progressiva de grans reptes en l'entorn demogràfic, epidemiològic, sociològic i econòmic. En aquest context emergent la resposta assistencial

ha de ser més efectiva, sostenible i equitativa. Cal una atenció integrada social i sanitària centrada en les persones on aquestes assumeixin un nou rol d'apoderament.

5.1. Implementació del model d'atenció integral a les persones amb cronicitat o necessitats complexes de salut i socials.

La progressió conceptual i operativa de l'estratègia catalana d'atenció a la cronicitat posa de manifest que la distinció entre necessitats socials i necessitats sanitàries de les persones no només és arbitrària sinó que, a més, atendre aquestes persones de forma fragmentada pot limitar l'efectivitat del procés assistencial. Acceptar això comporta un replantejament de les lògiques assistencials dels professionals on l'òptica integral i centrada en la persona predomina i porta a abandonar la tradició paternalista i la visió clínica compartimentada.

5.2. Implementació del model d'atenció integrada als territoris amb visió poblacional.

El vell paradigma assistencial basat en l'excel·lència de pràctiques individuals no és capaç de fer front a les creixents necessitats complexes de les persones. Cal una estratègia de pràctiques col·laborativa adreçades a diferents grups poblacionals segmentats per diferents necessitats.

5.3. Instruments transversals d'integració social i sanitària

El model d'atenció a les persones exigeix el disseny i el desplegament de polítiques i instruments facilitadors i promotors de l'atenció integral i integrada que s'expressa finalment en un conjunt d'objectius i de pràctiques compartits.

2. INTRODUCCIÓ

Els canvis i la reorganització del sistema sanitari repercuteixen en les expectatives, l'organització de les persones i les seves famílies i en l'orientació del treball social hospitalari cap a una intervenció precoç i ràpida per a detectar i intervenir en situacions de dificultat social.

Segons Dolors Colom (6) “En el treball social sanitari és sabut que la demanda emergeix quan convergeixen una sèrie de circumstàncies i no quan apareixen els problemes. Pot passar molt de temps des de que sorgeix el problema fins que hi ha la demanda, sens dubte aquest és un ampli camp d'investigació pel futur, que permetrà avançar-se a moltes circumstàncies constrictores del benestar, i que romanen ocultes per un temps desconegut. Així, en un futur pròxim i amb la finalitat d'evitar que la resiliència de cadascú sigui el que determini la demanda, és d'esperar que el treballador social vagi proporcionant procediments d'intervenció sistemàtica on s'intervingui a través de la presència de criteris considerats tant de risc social, psicosocial i sanitari que pugui tenir la persona i no esperar que sigui la persona que iniciï el procés”.

La població que s'atén des de l'hospital d'aguts ha evolucionat en el temps, i ens trobem actualment, (7) en un marc on:

- Hi ha canvis en la demografia, en la dinàmica i en la diversitat sociocultural, en la forma d'estructurar la família, etc., i molt marcada pel progressiu envelliment.
- L'augment de l'esperança de vida ha portat a l'augment del volum de la població dependent i la necessitat d'atenció continuada.
- Amb l'aparició de diferents estructures familiars paral·leles a la tradicional: monoparentals, unipersonals, reconstituïdes, parelles de fet, fa que disminueixi la capacitat de suport familiar.
- Els canvis en la posició social de la dona, associats a la seva incorporació creixent en el món laboral, redueix la població cuidadora, i sobretot, la intensitat dels horaris.
- Apareixen noves actuacions d'exclusió social (immigració, atur, temporalitat laboral).
- Les influències de les diversitats culturals en salut.
- Noves formes de vida i, en conseqüència, d'emmalaltir (seqüeles greus d'accidents de trànsit en la generació jove, augment de problemes psicològics i psiquiàtrics, etc.)
- Els avenços científics i tècnics en la cura de les malalties fan que patologies que abans tenien un pronòstic de vida curt, ara tinguin caràcter crònic.

Així mateix, la reorganització dels hospitals té tendència a la disminució d'estades mitjanes i a potenciar processos "ambulatoris" que no requereixen ingrés hospitalari. Això fa que el pes de l'atenció recaigui sobre les famílies, amb la particularitat que l'atenció a domicili s'ha desenvolupat des de la vessant sanitària, sense que, paral·lelament, s'hagin incrementat mesures de suport i de recolzament familiar àgils, efectives i suficients en el marc de l'atenció social.

L'avenç de la legislació i dels drets i deures socials obliga a revisar els sistemes de protecció i finançament per consolidar-se com a veritables drets de la ciutadania (8, 9).

La implantació de la gestió del cas, des del punt de vista de treball social, va més enllà de l'assignació de recursos. La gestió de cas treballa a més aspectes com la dinàmica familiar, la implicació, l'equilibri entre les capacitats de l'individu i els seus recursos, amb l'objectiu d'aconseguir millores i ajudar a consolidar-les.

D. Colom, en el seu llibre *"La planificació de l'alta hospitalària"* (11), afirma que la situació biològica, psicològica, social, cultural i econòmica del pacient condiciona les seves possibilitats de recuperació i les seves necessitats de suport. Si no es contemplen totes les facetes, l'alta potser viscuda amb angoixa i incertesa per la persona i la seva família, es retardarà la seva recuperació, i es pot retardar l'alta ocupant d'una manera inadequada un llit.

Segons aquesta autora es pot procedir a l'alta quan medicament sigui factible, assegurant-nos que:

- Té capacitat per seguir les indicacions terapèutiques.
- Compta amb un entorn favorable que li dona suport i cura.
- Té assegurada la continuïtat de l'assistència per part d'altres serveis. d'atenció sanitària i, si s'escau, social i sociosanitària.
- L'alta no comporta riscos per la persona ni pel seu entorn.

3. ÀMBIT D'ACTUACIÓ

Els indicadors que es defineixen en la present guia fan referència i estan adaptats a l'àmbit d'atenció d'aguts; en les àrees d'atenció mèdica i quirúrgica, dona-infant, salut mental i addicions.

No s'ha treballat l'àmbit sociosanitari ni residencial ja que les dinàmiques diferents de funcionament fan que la valoració social es faci de manera més sistematitzada.

4. OBJECTIUS

Els objectius proposats en el desenvolupament de la guia són:

- Identificar i definir uns indicadors clau que permetin als professionals sanitaris la detecció precoç de situacions de dificultats socials de les persones vinculades a l'Hospital.
- Proposar els circuits i els agents que permetin aconseguir una derivació àgil a la Unitat de Treball Social que faciliti la intervenció social d'una manera ràpida contribuint a planificar l'alta.

5. PROFESSIONALS IMPLICATS

L'aplicació d'aquesta guia afecta als professionals de treball social, amb competències i formació per a treballar l'atenció a les persones i a les famílies i l'orientació i recerca de recursos socials.

En el marc de l'atenció integral dels malalts, la detecció precoç de la problemàtica social implica als professionals mèdics i infermeres que estan en contacte directe amb la persona, i que poden detectar si hi ha alguna dificultat, encara que, en ocasions, és també el personal administratiu i/o altres professionals que detecten l'existència de dificultats a nivell social.

Segons experiències prèvies i la revisió bibliogràfica realitzada, són les infermeres que, en el marc de la valoració de les necessitats dels malalts, poden fer el cribratge de necessitats socials. Virginia Henderson (12) defineix les necessitats bàsiques que s'han de tenir en compte en el benestar dels malalts. Entre aquestes necessitats hi ha la cobertura de necessitats bàsiques com la nutrició i la higiene, així com aspectes de relació i comunicació dels malalts. Aquestes necessitats bàsiques poden no estar assegurades per la condició de malaltia, però també per la situació social del pacient i s'ha de treballar des d'aquest àmbit.

6. METODOLOGIA

La guia defineix quins són els indicadors que permetin fer un screening per detectar situacions de risc social o de fragilitat social, en persones ateses en un centre sanitari. Proposa que les infermeres puguin fer un cribratge de les persones ingressades i el circuit per a derivar al treballador social.

Per a l'elaboració d'aquesta guia s'ha fet una revisió del funcionament actual en diferents centres hospitalaris en el marc de la Unió Catalana d'Hospitals (La Unió) i una revisió bibliogràfica dels indicadors definits a la literatura de les diferents problemàtiques que es poden presentar en els diferents àmbits. S'ha partit també de protocols ja elaborats en alguns dels centres que participen en el grup de treball. Alguns centres de la xarxa de La Unió apliquen sistemes de detecció, encara que cap d'ells ha passat per un sistema de validació. S'ha fet una selecció dels que s'han considerat més rellevants.

La detecció precoç ha de permetre la intervenció preventiva i resolutiva de manera que l'entorn social sigui el més adequat possible per a facilitar la bona evolució dels processos de salut. Garcés, 2012 (10) comenta que "el pla d'alta en treball social és una nova faceta d'una extensa pràctica de coordinació de serveis. Aquest terme implica unir a l'individu i a familiars amb els recursos disponibles fora de l'hospital per així donar-li continuació de serveis al pacient. El procés del pla d'alta ha de començar al moment de l'admissió del pacient a l'hospital. Això té el potencial de reduir errors innecessaris i retards".

La situació social de la persona es defineix a partir d'una varietat multifactorial a nivell familiar, d'habitatge, econòmica... La detecció per tant, no és simple. Aquesta guia es basa especialment en la definició dels indicadors que permetin detectar les dificultats socials de les persones ateses en el marc hospitalari i la posterior derivació a la Unitat de Treball Social.

Les variables socials que poden incidir en la salut són diverses i abasten àmbits que van des de l'economia, el treball, l'educació, els hàbits culturals i personals, vincles familiars i relacionals... (13), per al treball diari es fa necessari centrar-nos en aquells condicionats sobre la salut i la capacitat per poder tenir cura de la persona en els que hi podem incidir per modificar o pal·liar i garantir l'atenció.

El focus d'atenció del treball social en hospitals d'aguts es centra en situacions de dependència, sigui transitòria o no, on es fa necessària la presència de cuidadors, dinàmiques familiars/relacionals alterades, situacions de risc en nens, dones o persones grans i altres dificultats centrades en l'accés a l'assistència. Els indicadors de detecció de situacions de risc reflecteixen aquesta realitat.

El "*protocolo de valoración global de pacientes*" (14) defineix indicadors derivats de la pròpia malaltia i les repercussions sobre la persona partint de diagnòstics concrets, la situació de l'entorn sociofamiliar determinant si hi ha cuidador principal i la seva disponibilitat per tenir cura dels malalts i el context de recursos econòmics, habitatge...

Per altra banda, l'escala de Gijón (15) orienta sobre les dimensions que determinen l'existència o no de problemàtica social.

Al principat d'Astúries han identificat també quina és la població destinatària de la intervenció social en el procés "*Planificación del alta social sanitaria en situaciones de riesgo social*" (16).

La publicació dels diagnòstics socials del govern balear (17), codifica l'amplitud de problemàtiques socials que es poden atendre en el marc dels serveis sanitaris.

En el "*Programa de detección del riesgo social*" del Hospital de Teruel (18), revisat l'any 2003, s'identifiquen criteris que permeten detectar situacions de risc, basats en la necessitat de la persona, la disponibilitat de l'entorn per tenir-ne cura i les conductes de risc.

Els protocols interns de diferents centres descriuen també situacions a tenir en compte i els circuits per a la seva atenció (19,20)

La bibliografia en relació amb l'atenció de persones grans, amb malalties cròniques i/o dependències i la seva atenció és molt diversa (21, 23), però sempre amb l'enfocament de poder garantir la seva atenció ja sigui amb recursos formals o informals i sobre tot amb la implicació del cuidador principal (22,24,25). És per aquest motiu que els indicadors de risc es centren en identificar si hi ha o no cuidador principal i la disponibilitat d'aquest.

Malgrat les dificultats de detecció no podem obviar la incidència de maltractaments en la gent gran i la responsabilitat que com a professionals tenim en la seva detecció i protecció de les persones (26,27)

Respecte a la detecció de situacions de risc en el col·lectiu de menors, els indicadors venen determinat per dos nivells: situacions de maltractament o de risc de maltractament (28,29,30,31), bé per manca de cobertura de necessitats bàsiques i per les dificultats dels nens i famílies per acceptar i adaptar-se a situacions de malaltia (32, 33, 34,35,).

Los primeros años de vida: (36) un bon començament en la vida significa donar suport a mares i a nens: el desenvolupament primerenc i l'educació tenen un impacte en la salut que dura tota la vida. En l'àmbit de salut mental (37,38,39,40,41) estan àmpliament descrits els principals problemes socials que afecten al col·lectiu de malalts rellevants en les necessitats d'atenció, d'autonomia i de reinserció socio-laboral. El col·lectiu de població immigrant presenta unes característiques específiques, culturals, idioma, religió..., que repercuteixen en l'atenció sanitària i especialment en la vivència dels professionals de la mateixa. En el col·lectiu de persones immigrants, a més dels problemes socials que poden afectar igual que la població autòctona, convergeixen també les dificultats de comprensió idiomàtica, de comunicació per les diferents concepcions culturals i les dificultats d'accés a l'atenció sanitària. (42, 43, 44).

En l'atenció a la dona (45,46,87,88,89,90,91,97,98) fem referència a la detecció de situacions de violència masclista, la detecció de factors de risc social durant l'embaràs (70,74,75,76,78,79) o l'atenció a la dona durant un embaràs no desitjat (80).

7. RESULTATS

Els factors de risc social són, en sentit ampli, tots aquells trets vinculats a variables socials, que augmenten la vulnerabilitat de les persones. Els factors de risc poden ser:

- De caràcter personal: (dependència funcional prèvia, ictus, etc.)
- De caràcter sòcio-familiar: (sense xarxa de suport, viu sol/a, etc.)
- De context: (sense habitatge, amb carència de recursos etc.)

La noció d'indicador social es sol atribuir a Bauer, quan en l'any 1966, va publicar el seu llibre sobre indicadors socials. (34) Des de llavors, han hagut múltiples definicions al respecte, sense que s'hagi aconseguit una definició exacta, rigorosa i consensuada del terme, donant lloc a diferents tipologies i classificacions.

Els indicadors de risc social, que es proposen en aquest document, són fruit de la pràctica professional diària, i del consens amb la resta de professionals de Treball Social, integrades en el Consell Tècnic Assessor de Treball Social, de La Unió Catalana d'Hospitals.

7.1 Sistemes de detecció

Com a sistemàtica de treball dels diferents centres, podem distingir la detecció quan es dóna en el marc d'una intervenció general, o quan es dóna en el marc de protocols concrets que ja descriuen la pròpia sistemàtica de detecció:

A: detecció general

Detecció de les persones amb problemàtica social a patir d'uns indicadors prèviament definits per Treball Social.

B: detecció en el marc de protocols

Detecció a través del marc de treball de protocols. Habitualment, cada centre té definits uns protocols en que es detecta sistemàticament l'existència de problemàtica social. Aquests protocols es centren bàsicament en la infància en risc (28,29,30,31,35), violència masclista (45,46,88,89,90,91), maltractaments gent gran (26,27,77) o altres.

8. INDICADORS DE RISC SOCIAL

8.1.- INDICADORS GENERALS DE DETECCIÓ

De la revisió bibliogràfica i de la pràctica professional, s'han seleccionat els indicadors que poden determinar l'existència o no de problemàtica i /o fragilitat social.

La sistemàtica d'actuació es basarà en derivar a treball social aquells casos en què convergeixin 2 o més indicadors, a excepció dels indicadors de maltractaments, situacions de vulnerabilitat extrema, persones en dependència i sense cuidador principal que per si sols tenen suficient importància,

Es proposa que l'screening es realitzi en tots els pacients, per això, en cas que no es detectin situacions de risc caldrà que quedi registrat a l'història clínica.

En relació amb l'indicador **"sense problemes evidents"** fem referència a aquelles situacions en que el pacient no manifesta cap problema envers la seva família i aquesta no manifesta cap problema envers el pacient. Existeix un bon suport familiar i/o estan garantides les cures i les atencions que necessita la persona.

Tenint en compte que aquest indicador es comú en tots els àmbits, no creiem oportú repetir la seva definició.

8.2.- INDICADORS GENERALS DE DETECCIÓ EN L'ÀMBIT D'AGUTS

A continuació es descriuen els indicadors generals que s'han identificat a l'àmbit d'aguts:

- **Sense problemes evidents**
- **Viu sol i té dificultats per l'autocura**

Viure sol per si mateix no és un indicador de l'existència de risc social; s'ha considerat però el fet de viure sol associat amb altres dificultats (14, 20).

- **Persona amb necessitats d'atenció a causa de la situació de malaltia o dependència**

La Llei 39/2006, de 14 de desembre de 2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (8) determina diferents graus de dependència:

- Grau I o Dependència Moderada: quan la persona necessita ajuda al menys una vegada al dia (per exemple, menjar i beure, regulació de la micció o defecació, rentar-se, vestir-se...), o té necessitats d'ajuda intermitent o limitada per mantenir la seva autonomia personal.
- Grau II o Dependència Severa: quan la persona necessita ajuda dos o tres vegades al dia, però no requereix la presència permanent d'un cuidador, o té necessitats d'ajuda extensa per mantenir la seva autonomia personal.
- Grau III o Gran Dependència: quan la persona necessita ajuda diverses vegades al dia, i per la seva pèrdua total d'autonomia mental o física, necessita la presència indispensable i continuada d'una altra persona o té necessitat d'ajuda generalitzada per mantenir la seva autonomia personal.

➤ **Barthel previ < 70 i/o demència**

Independentment de la situació reconeguda de dependència, a nivell hospitalari identifiquem situacions de dependència transitòria susceptibles de precisar ajuda o les situacions de dependència permanent que precisen ajuda de manera immediata però que es precisa d'un període de temps per a poder obtenir el reconeixement legal i instaurar un Pla Individual d'Atenció (PIA).

La puntuació en l'escala de Barthel determina el nivell de dependència de la persona malalta i els aspectes sobre els que caldrà focalitzar l'ajuda. Així mateix, el diagnòstic de demència va associat a la necessitat d'assistència progressiva fins al nivell de necessitar assistència permanent. (48,49)

➤ **Persona amb dificultats de l'entorn (econòmiques, habitatge, atur ...) que dificulten la seva cura i/o tractament**

Les circumstàncies econòmiques i socials associades a la pobresa afecten a la salut de per vida (36). Les persones que viuen als esglaons més baixos de l'escala social solen estar sotmeses, com a mínim, a un risc doble de patir malalties greus i morts prematures que les persones que viuen més a prop dels esglaons superiors.

La pobresa, la privació relativa i l'exclusió social exerceixen un gran impacte sobre la salut i provoquen una mort prematura. Alguns grups socials semblen estar més exposats a les probabilitats de viure en la pobresa: els aturats, minories ètniques, els treballadors immigrants, els discapacitats, els refugiats i les

persones sense llar estan concretament més exposades a aquest risc. Les persones que viuen al carrer tenen l'índex més elevat de mort prematura. La marginació social és també el resultat del racisme, la discriminació, l'estigmatització, l'hostilitat i la desocupació, l'exclusió social.

Un treball segur incrementa la salut, el benestar i la satisfacció laboral. La desocupació posa en risc la salut, (36) i aquest risc és més gran en les regions on la desocupació està estès. L'evidència en alguns països demostra que, fins i tot deixant un marge per a altres factors, els aturats i les seves famílies corren un risc considerablement més elevat de patir una mort prematura. Els efectes que exerceix la desocupació sobre la salut estan relacionats tant amb les seves conseqüències psicològiques com amb els problemes econòmics que comporta, especialment l'endeutament.

L'escala de Gijón (Guinovart 2011) inclou també les dificultats econòmiques i d'habitatge en les dimensions a explorar per determinar l'existència o no de situacions de risc (15).

➤ **Absència de cuidador**

L'absència de cuidador en una persona que ho necessiti determinarà la necessitat de buscar ajudes formals de suport. L'ajuda formal és el conjunt de serveis proveïts per entitats i organitzacions, de naturalesa pública o privada, amb o sense ànim de lucre, i per persones que treballen pel seu compte de forma remunerada, per cobrir les necessitats dels majors dependents, en la seva llar, en la comunitat o en una institució (Barron 1996). (22)

El suport social proporciona a les persones els recursos emocionals i pràctics que necessiten. Pertànyer a una xarxa de suport basada en la comunicació i en l'establiment d'obligacions mútues fa que la gent se senti estimada i valorada, i tot això exerceix un poderós efecte protector sobre la salut. Les relacions de suport poden també estimular patrons de conducta més saludables. El suport funciona tant a nivell individual com social. (36)

➤ **Risc i/o claudicació familiar**

Entenem per claudicació familiar la incapacitat dels membres d'una família per oferir una resposta adequada a les múltiples demandes i a les necessitats de la persona. Es manifesta en la dificultat en mantenir una comunicació positiva amb el pacient, entre els membres sans i amb l'equip terapèutic, i/o en què la presència i/o qualitat de les cures pot quedar compromesa. Si no es resol, el resultat sol ser l'abandonament emocional del pacient i/o l'absència o deteriorament de les cures que se li practiquin. És un motiu de gran patiment per al malalt. En casos extrems pot portar a maltractaments per negligència en les cures. (99) “Són moltes les variables que intervenen en aquest fenomen: tipus de família (nuclear o extensa), lloc de residència de la família (desplaçada o en el seu medi, rural o urbà), durada, formes d'afrontament i desenvolupament de la malaltia, mesura del domicili, experiències anteriors similars, assignatures pendents en la relació familiar, tipus i nivell de comunicació familiar (conspiració del silenci, etc.), estructures de suport formal i informal a la família, nivell i destinataris de la informació rebuda, relació amb els equips terapèutics, control de símptomes possible, lloc d'estada del pacient (hospital, llar...), vigència de problemes no resolts, ingerència intempestiva d'altres professionals, manca de garantia de continuïtat en les cures, etc. Prevenir i superar la crisi de claudicació familiar amb la cura integral, personalitzat i interdisciplinar del grup familiar -amb suport psicològic inclòs- amb una bona pal·liació símptomes i una informació contínua i adequada a les necessitats i als desitjos dels pacients i / o de les famílies, segons el cas, és un mètode eficaç”. (99)

Les escales que permeten identificar les dificultats familiars serien els de Zarit (50) i Caregiver Strain Índex que té com a objectiu avaluar l'estat emocional de la persona cuidadora. (72)

➤ **Cuidador/a principal limitat**

És la/les persona/es en qui recau, de forma continuada, l'atenció del pacient amb necessitats d'ajut i/o suport en les activitats de la vida diària, tant en les bàsiques com en les instrumentals. Pot ser un membre tant intern com extern de la família. Aquesta responsabilitat també implica la presa de decisions i, en moltes ocasions, el suport afectiu.

El cuidador/a principal és la persona encarregada de l'atenció i cura de la persona gran o depenent. Qualsevol limitació, tant física com a psicològica, pot comportar una situació típicament generadora d'estrès, en les persones encarregades de les atencions, amb importants conseqüències pel seu benestar físic, psicològic i social i és necessari conèixer les seves capacitats, expectatives, limitacions etc.

i treballar conjuntament amb ells, (101) donat ja en la majoria de les famílies és una persona sola la que assumeix gran part de la responsabilitat dels cuidadors.

En un context de cribratge ràpid, no serà factible passar les escales de MOS, Apgar familiar, Gijón i altres (51,52,15). L'ús de les quals quedarà determinada pel tipus d'intervenció social.

➤ **Poca o nul·la presència familiar**

Sovint el malalt no pot cobrir les seves necessitats per si mateix, i requereix la presència i l'ajuda de terceres persones, que seran els cuidadors principals. Dins de l'àmbit del Treball Social és molt important identificar a les persones que no tinguin cuidador principal (CP), o una xarxa social suficient, per tal de garantir la cobertura de les seves necessitats, mitjançant suport formal: és el suport que ofereix la societat i es caracteritza per tenir cura de una persona de manera remunerada i en exercici de la seva professió. El trobem a l'àmbit privat i públic o bé suport informal: és el suport que dona la família, les amistats o el veïnat, i es caracteritza per incloure afectivitat en la relació i no estar burocratitzada ni professionalitzada. El trobem en l'àmbit privat domèstic. (22)

➤ **Sospita manca atencions bàsiques**

No atendre les necessitats bàsiques d'una persona gran, d'un nen, d'una persona dependent, com són la salut, l'alimentació, el vestir, la higiene personal i l'habitatge, de manera que es posi en perill la integritat física i el seu desenvolupament emocional i social, pot fer sospitar que s'està produint una negligència si la persona va bruta, descuidada, sinó rep les atencions mèdiques o els medicaments que necessita, etc. i normalment es vincula als protocols per maltractaments (infantils, vellesa, masclista). Una bona dieta i un subministrament de menjar adequat constitueixen dos dels factors més determinants en la promoció de la salut i el benestar. Una carència de menjar o la falta de varietat provoquen desnutrició i altres malalties carencials. Un consum excessiu (considerat també com malnutrició) contribueix al desenvolupament de malalties cardiovasculars, diabetis, càncer, malalties oculars degeneratives, obesitat i càries dental. (36)

➤ **Negligència**

Consisteix en un acte d'omissió intencional o no intencional, una manca en l'acompliment de les necessitats vitals d'una persona gran, per part de la persona encarregada de la seva cura. Pel que fa a la negligència, alguns autors i autores diferencien entre dos tipus diferents: aquella de caire físic, d'una banda, i aquella de caire psicològic, de l'altra. La negligència física té lloc quan la persona que en té cura no proporciona els serveis i productes necessaris per al funcionament físic òptim de la persona gran. Un exemple seria el fet de no proporcionar menjar o aigua, bastons o qualsevol altre dispositiu d'ajuda necessari, o bé no facilitar-li assistència sanitària, la higiene personal, administració de fàrmacs, etc. La negligència psicològica o emocional, en canvi, es dona quan la persona cuidadora no ofereix el suport o l'estimulació social i emocional adequada i necessària per a la persona gran. Un exemple seria ignorar les seves peticions, o bé no oferir-li les notícies i informacions que puguin interessar-li. Les situacions de dependència són un altre factor rellevant a tenir en compte, atès que aquelles persones que requereixen de la cura i de l'atenció per part d'altre es troben en situació de més vulnerabilitat i també, les situacions d'aïllament social, que esdevenen un factor de vulnerabilitat i de risc afegit. (26,77)

L'autonegligència es produeix per pacients que posen en perill la seva pròpia salut o seguretat, solen ser persones amb dificultat per a realitzar les activitats de la vida diària, que viuen sols i que solen rebutjar l'ajuda.

➤ **Rotació familiar**

Segons Pinazo (2005) "actualment existeix un grup petit, però important de persones que viuen canviat de domicili de manera temporal i rotatòria. (.../...). Sovint la persona gran amb alternança de domicili no té relacions socials d'intimitat i viu immersa en un clima amb pocs nivells de recolzament social. Aquesta falta de control de la pròpia vida o autodeterminació afavoreix la passivitat i la falta de responsabilitat pel propi benestar, la disminució de l'autoestima sentiments de control de la pròpia vida i dignitat. (...) Per una altra banda, l'absència d'un espai "propí" permanent, juntament amb la falta de privacitat que ocasiona el no tenir una habitació individual, genera un sentiment de "estar de pas", de "sobrar", de ser una molesta càrrega". (53)

➤ **La persona ingressada és el cuidador principal d'altres**

Quan és el cuidador d'altres persones en el domicili (nens, persones grans, persones dependents...) el que ingressa a l'Hospital s'han d'activar, amb caràcter d'urgència mesures per a donar cobertura a aquesta necessitat. Aquesta és una situació complicada; quan existeix una xarxa social es pot recórrer a aquesta per a veure si s'impliquen, altrament caldrà activar recursos formals que a nivell social no sempre es poden activar amb la premura necessària.

➤ **Dificultats de comprensió i/o seguiment de la pauta terapèutica**

La comprensió i el seguiment de la pauta terapèutica està relacionada amb els diferents factors entre els que hi ha les pròpies característiques relacionades amb el pacient de tipus: sociodemogràfiques (edat, sexe, embaràs, raça, estat civil, escolaritat); psicosocials (depressió i ansietat), conductuals (ingesta d'alcohol, ús de drogues) econòmiques (renda). Característiques relacionades amb el tractament (prescripció, indicació, nombre de medicaments, durada, ús regular). Característiques relacionades amb els professionals sanitaris que atenen al pacient (nombre de professionals proveïdors d'informació, grau d'adequació de la informació...) i característiques relacionades amb el servei de salut (localització del servei, assistència a diversos serveis) (54). Treball social pot incidir especialment en la intermediació amb el personal sanitari per a reforçar la comprensió, garantir una adequada supervisió a domicili i ajudar a resoldre les dificultats pràctiques d'adquisició de la medicació, millorant l'adherència terapèutica i reforçant el suport familiar i social en persones amb malaltia crònica, ja sigui física o mental. (100)

➤ **Barreres arquitectòniques a domicili**

L'existència de barreres arquitectòniques en el domicili pot condicionar l'alta hospitalària dels pacients, en cas d'haver de realitzar adaptacions per a facilitar la cura i/o autonomia. Realitzar adaptacions requereix sempre d'un període de temps, per aquest motiu, la detecció precoç d'aquesta dificultat pot activar ja accions de contacte i d'assessorament d'experts per a pal·liar-ho.

Els Bancs d'ajudes tècniques que s'han anat desenvolupant en els territoris ofereixen entre altres, una valoració del terapeuta ocupacional per poder assessorar sobre quin és el tipus d'ajuda tècnica més adequada en funció de la situació personal del beneficiari, la subvenció en la compra d'ajudes tècniques

i les petites reformes per l'adaptació d'habitatge i un servei de préstec de forma temporal d'aparells tècnics o ortopèdics (55)

➤ **Addicció a substàncies tòxiques que interfereix en l'atenció**

El consum de drogues i la drogodependència constitueixen un problema de salut pública els efectes de la qual sobre el desenvolupament i la seguretat són greus. “Les intervencions en drogodependències, tant des d’una perspectiva preventiva com assistencial, exigeix d’actuacions no sols sobre els individus, sinó sobre els contextos microsocials en què es desenvolupen (família, grup d’iguals, etc.) i macrosocials (la comunitat)” (56). En el camp hospitalari és freqüent l’ingrés de consumidors de tòxics per altres patologies. L’abordatge social es centre tant en el suport i en la motivació per al tractament específic, la intervenció en les dificultats pràctiques que generi l’ingrés tant a nivell individual com familiar i en la intervenció en l’entorn per afavorir una alta que garanteixi la continuïtat d’atenció.

➤ **Violència de gènere**

La violència de gènere requereix d’una intervenció multidisciplinar i, en el marc hospitalari, el treballador social ha d’actuar en coordinació amb la resta de la xarxa potenciant la detecció i la derivació i incidint bàsicament en els aspectes més susceptibles en el marc d’una atenció urgent o d’ingrés hospitalari. Com es descriu en el Protocol marc per a una intervenció coordinada contra la violència masclista, treball social ha de:

- Informar de manera clara i comprensible sobre els drets, els serveis i els recursos disponibles, i sobre les possibles vies de resolució de la situació de violència masclista que viuen o que estan en risc de patir. Cal, molt especialment, donar informació sobre els serveis d’urgència i els serveis de referència per atendre futures consultes, dubtes i incidències relacionades amb la seva situació.
- Acompanyar les dones, els adolescents i els infants en l’expressió i la clarificació de la situació viscuda, personalitzant l’atenció a partir de la comprensió de la seva demanda, la valoració de les seves expectatives i el respecte dels seus ritmes. Aquesta atenció ha de ser integral i ha de tenir en compte la diversitat de les dones i les especificitats pròpies de determinades formes i àmbits de la violència masclista, com la violència sexual, la violència

en l'àmbit laboral, el tracte amb finalitat d'explotació sexual, la mutilació genital femenina i els matrimonis forçats.

- Acompanyar sempre en les derivacions dels casos a d'altres serveis. És especialment important l'agilitat en aquestes derivacions.
- Garantir, des dels recursos, el necessari seguiment multidisciplinari dels casos, creant els espais d'intercanvi necessaris pels equips, que permetran una valoració global i una avaluació continuada dels procediments" (45,90,91,97,98).

➤ **Sospita de negligència o maltractament a gent gran.**

L'augment demogràfic del nombre de gent gran, l'augment de la dependència, la major dificultat per accedir-hi a la cartera de serveis de la xarxa comunitària, sumats als canvis que han experimentat l'estructura i la funció de la família, que fins ara ha estat l'encarregada de tenir cura de les persones grans, han deixat al descobert una sèrie de buits a l'hora d'establir qui té l'obligació d'atendre les necessitats de les persones grans, com ho ha de fer i quins són els mitjans més adequats per fer-ho.

Les causes que la vellesa esdevingui una etapa de marginació i de vulnerabilitat en què apareix la possibilitat que es produeixin maltractaments, cal cercar-les en la consideració d'aquesta etapa de la vida com quelcom improductiu, desproveït de valor i que suposa una càrrega tant per a la família com per a la societat. Aquest fenomen s'anomena edatisme (discriminació per l'edat).

La negligència pot ésser no intencionada o intencionada segons la consciència o el coneixement que en tingui la persona que l'exerceix o pot ésser activa o bé passiva (omissió) quan es deixa d'actuar o fer el que caldria.(24,26,27)

Les persones d'edat avançada, sobretot si tenen deficiències físiques i cognitives, poden ésser víctimes de negligència, atès que tenir cura d'elles genera molt estrès.

Les persones amb demència i conductes molt alterades que viuen amb cuidadors familiars tenen més possibilitats de patir maltractaments físics. (77)

Segons el "Protocol marc i orientacions d'actuació contra els maltractaments a les persones grans" (2012), la intervenció professional ha d'anar adreçada a evitar el maltractament, protegir a la víctima i respectar la seva autonomia. L'anàlisi del cas i del context determinaran l'estratègia d'actuació ja que aquesta pot divergir si la persona és autònoma i capaç de decidir per si mateixa o no, en el qual caldrà posar el cas en coneixement de les instàncies judicials (25,26,27).

➤ **Dificultats relacionades amb la multiculturalitat.**

En el marc del “Pla Director d’Immigració en l’Àmbit de la Salut. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2006” (43), el treballador social en el camp hospitalari incideix bàsicament en les accions per millorar l’accessibilitat de la població immigrada a la salut i als serveis sanitaris (persones sense cobertura sanitària), actuació davant problemàtiques específiques, garantir la traducció/mediació i prevenció davant de conductes culturalment acceptades com la mutilació genital femenina.

➤ **Altres situacions susceptibles d’intervenció social detectades per l’equip assistencial i/o a sol·licitud del pacient/família.**

8.3.- INDICADORS ESPECÍFICS DE DETECCIÓ EN SALUT MENTAL I ADDICIONS

➤ **Sense problemes evidents**

➤ **Viu sol i té pèrdua d’autonomia física o psíquica**

➤ **Desestructuració d’hàbits per cobrir AVD i/o activitats instrumentals.**

Segons el Manual Diagnòstic Social en Salut Mental (41), la necessitat d’ajuda o supervisió per a les activitats de la vida diària relacionades amb l’alimentació, la higiene, el vestir..., o per a les activitats instrumentals relacionades amb les dificultats per a realitzar accions per a conviure en l’entorn són situacions que requereixen la intervenció professional per a facilitar la seva cobertura.

➤ **Condicions higièniques deficientes, desnutrició etc., atribuïbles a una deficient atenció**

El dèficit a les àrees de funcionament relacionades amb les Activitats de la Vida Diària (AVD) és un denominador comú en les persones que pateixen Trastorn Mental Greu (TMG) i de llarga evolució. La majoria d’aquests subjectes pateixen dèficits funcionals a les àrees relacionades amb la higiene personal i l’autocura, els hàbits saludables i el maneig de l’entorn social i domèstic. Aquestes dificultats comporten una escassa competència social, influeixen negativament en la recuperació i es tradueixen en una pobre qualitat de vida en el pacient i en la família (57). L’actuació professional davant les dificultats per a portar a terme les activitats de la vida diària, en funció de l’estat de la persona es

focalitzaran en l'entrenament d'habilitats personals (57) o bé en la recerca de recursos que puguin oferir suport o supervisió de les mateixes. (47)

➤ **Suport familiar nul o deficient**

El suport familiar és un element clau per a l'atenció dels malalts mentals. Davant l'absència de famílies o de famílies amb dificultats que no poden fer-se càrrec de l'atenció dels malalts, treball social ha de buscar suport, amb més o menys intensitat, en els recursos formals segons les necessitats de cada pacient. La xarxa de recursos socials específica per a malalts mentals ofereix des d'ajuda a domicili, habitatges tutelats, residències, suport a la integració laboral, lleure... (58)

➤ **Família amb signes d'esgotament i/o claudicació**

Diversos estudis mostren que els cuidadors principals, o el fet de tenir cura d'una persona amb malaltia i / o discapacitat, suposa canvis, que van des de canvis en les seves vides a nivell personal, familiar, laboral i social, fins repercussions negatives en la seva salut física i psicològica. Alguns autors parlen de la "síndrome del cuidador" (59), com d'una sobrecàrrega física i emocional que comporta el risc que el cuidador es converteixi en un pacient i es produeixi la claudicació familiar. A la sobrecàrrega que sol comportar tenir cura de persones grans o malalts amb discapacitat, les famílies i els cuidadors de malalts mentals solen experimentar també por, inseguretat, vergonya i sentiments de culpa. Per tot això els cuidadors de malalts mentals constitueixen un grup altament vulnerable de patir malalties mentals i l'impacte negatiu sobre la salut general. L'ansietat i la depressió i altres símptomes de *distress* psicològic són els problemes més freqüents. S'estima que entre el 40% i 60% dels familiars que tenen cura d'un malalt mental pateixen depressió. Aquestes elevades taxes posen les famílies en risc de patir malalties físiques. La literatura mèdica internacional destaca també les barreres existents per a la detecció i tractament dels cuidadors. Sovint no demanen ajuda ni consulten als serveis pels seus propis problemes, doncs es focalitzen en l'atenció i en la cura del malalt i sovint són negligents amb la seva salut i les seves necessitats. (60,61,62,83)

➤ **És responsable de les cures de menors i/o gent gran**

Els adults amb malalties mentals tenen la mateixa probabilitat de ser pares com els que no tenen una malaltia mental. (61). El matrimoni i la vida familiar també es ressenten quan algun dels pares pateix una malaltia mental. Són propensos a interpretar les seves dificultats en el maneig de les tensions de la vida quotidiana com a malaltia i relacionats amb dèficits personals, a jutjar durament contra ells mateixos amb estàndards poc realistes. (62)

La malaltia mental dels pares pot afectar significativament la vida familiar. No pot haver confusió en els rols familiars, amb els nens assumint moltes responsabilitats adultes. Per exemple, els nens poden ser responsables de la cura dels seus germans menors o la gestió de les tasques de la llar, sinó que fins i tot pot tenir la responsabilitat de tenir cura de les necessitats emocionals i físiques dels seus pares.

➤ **Sospita de maltractaments físics, psicològics i/o negligència**

Els protocols d'atenció als maltractaments a la infància, violència de gènere i persones grans, no exclouen que es puguin donar en un malalt mental, tant que aquest sigui l'abusador o l'abusat. En la Jornada de l'IAS (Institut d'assistència sanitària) (2013) es va posar de manifest el fenomen dels maltractaments a persones amb malaltia mental. (63)

La gravetat d'alguns d'aquests problemes -com la depressió i l'estrès posttraumàtic- està relacionada amb la temporalitat i la gravetat de la situació de violència, ja que a més durada i intensitat de la violència més gravetat dels símptomes.

Paral·lelament a la intervenció sobre les problemàtiques de salut mental i la situació de la violència masclista en què es troba la dona, el conjunt de professionals de la salut ha de tenir en compte altres problemàtiques que puguin derivar-se o estar relacionades amb aquesta situació. Això és, coordinar-se amb altres recursos per tal d'oferir una atenció integral. (101)

➤ **Poca/nul·la adherència al tractament**

Segons diversos autors (64, 65) els factors que s'associen amb l'adherència al tractament són:

- Factors relacionats amb el pacient com la negació de la malaltia, la desconfiança en el tractament i en els professionals, la resposta subjectiva negativa a la medicació, el sentiment subjectiu desfavorable del pacient sobre la malaltia o el malestar, les creences i

les estigmes culturals, l'analfabetisme, les deficiències sensorials, la millora de la seva patologia, la necessitat de prendre una medicació diàriament, l'aïllament social o el nivell socioeconòmic baix.

- Factors relacionats amb la malaltia. L'evolució, les patologies comòrbides, els aspectes neuropsicològics i els aspectes psicopatològics, la gravetat i el subtipus de trastorn influiran en l'adherència al règim terapèutic.
- Factors relacionats amb el tractament com els efectes secundaris desagradables de la medicació (mal gust, discinèsies, etc.) No tractats o no identificats, el tipus de tractament, la dosi, la via d'administració i la pauta prescrita.
- Factors relacionats amb l'entorn del pacient. En aquest trobem:

a) l'actitud dels familiars i davant la malaltia i el seu tractament. La família pot actuar tant negativament recolzant poc al pacient o en positiu supervisant, controlant i/o estimulant la presa de la medicació.

b) la relació pacient-professional. L'existència d'una relació terapèutica, amb un bon grau d'enteniment és un factor molt important per ajudar el pacient en tot el seu procés terapèutic.

Per tractar el tema de les dificultats en l'adherència terapèutics Orueta (2005) planteja un conjunt d'intervencions multidisciplinàries des de la perspectiva bio-psico-social agrupant-les en:

- Simplificació del tractament
- Informació/educació
- Recolzament familiar social
- Dinàmica de grup
- Reforç conductual
- Combinació d'intervencions (66)

Reforçar la conducta i la intervenció orientada a la implicació familiar o de recursos de la comunitat que facilitin el seguiment i la presa de la medicació és una competència dels treballadors socials.

➤ **Recursos econòmics insuficients**

Associats sovint a la pròpia malaltia mental que dificulta l'accés o la continuïtat en el mercat laboral o a vetllar de manera insuficient per a la tramitació o la legalització de la situació de cada persona.

Les circumstàncies psicològiques i socials poden provocar un estrès de llarga durada. Un prolongat estat d'ansietat, inseguretat, baixa autoestima, aïllament social i la manca de control sobre el treball i la vida

domèstica poden exercir poderosos efectes sobre la salut. Els tipus de risc psicosocial s'acumula al llarg de la vida i augmenta les possibilitats de patir una malaltia de salut mental i mort prematura. (36)

➤ **Problemes d'habitatge**

L'habitatge és també un dels aspectes claus definits en el manual de diagnòstic social en salut mental. L'habitatge fa referència tant a aspectes d'accés com a situacions derivades de les condicions del mateix. “La pobresa absoluta, entesa com la manca de les necessitats materials bàsiques de la vida que segueix existint, fins i tot en els països més rics d'Europa. Els aturats, moltes minories ètniques, els treballadors immigrants, els discapacitats, els refugiats i les persones sense llar estan concretament més exposades a aquest risc. Les persones que viuen al carrer tenen l'índex més elevat de mort prematura. La pobresa relativa vol dir ser molt més pobre que la majoria de les persones de la societat i se sol definir com viure amb uns ingressos inferiors al 60% de la mitjana nacional. Impedeix a les persones l'accés a un habitatge digne, a l'educació, al transport i als altres factors vitals per a la participació plena en la vida. Ser exclòs de la vida social i rebre un tractament d'inferioritat causa la pitjor salut i els riscos més elevats de patir una mort prematura”. (36)

➤ **Problemes en la formació/educació**

Ja sigui per manca, per dificultats d'accés a l'educació, per absentisme, per inadaptació o per integració. Aquest apartat adquireix especial rellevància en la població infantil.

Un dels problemes associats a les persones amb malaltia mental, es que, tot i havent rebut el tractament adequat, pateixen discapacitats de llarga durada. La seva vida personal, acadèmica, social i les seves expectatives professionals s'han vist molt afectades i cal reajustar les seves expectatives, maximitzant la seva autonomia, la seva xarxa social i completar la seva formació mitjançant projectes personals de formació (normalitzada i/o projectes específics). (111)

➤ **Dificultats de inserció social i/o reincorporació al món laboral**

Les dificultats de reinserció laboral o social de les persones amb malaltia mental s'haurien de treballar, segons objectius individualitzats per a aconseguir una “normalització” de la vida de la persona i aconseguir que les activitats laborals i/o de lleure siguin a la vegada terapèutiques. Galilea i Colis (2000)

manifesten que “La rehabilitació laboral es fonamenta en els mateixos principis bàsics de la rehabilitació psicosocial: la persona amb problemes psiquiàtrics severos pot aprendre i millorar el seu funcionament, els abordatges que tendeixin cap a la seva normalització han de predominar sobre els específics i les intervencions propiciar una major autonomia i independència. però, per què plantejar-se la integració laboral del malalt mental crònic? La inactivitat, l'aïllament dins de la closca familiar o institucional, el embotiment personal d'una vida sense projectes, conserven i tot agreugen els símptomes patològics, confinant a l'individu a una vida marginal i sense sentit. La rehabilitació laboral dotarà a la persona d'un projecte de vida, d'un "per què" a través de l'exercici d'un treball (64).

➤ **Aïllament social**

En les declaracions analitzades (dels pacients), el passat està relacionat amb més possibilitats de poder realitzar activitats i inclusió social. Hi ha una ruptura amb l'abans de la malaltia, quan hi havia més probabilitats i més opcions de feina, lleure i amics. Els pacients van manifestar que troben difícil de mantenir la seva xarxa social dels amics i la feina i la malaltia va ser associada amb la depressió i la desesperança. (65)

➤ **Problemes legals/judicials**

Dificultats associades a conductes punitives, situacions d'indocumentació, incapacitacions legals, processos de divorci o separació o pèrdues de custòdia o pàtria potestat.

➤ **Dificultats relacionades de la multiculturalitat**

A més de les dificultats socials que poden presentar els immigrants, la psicopatologia de la migració es caracteritza per estar condicionada per dos grans factors:

- Les vivències de la migració. Si s'elabora el dol migratori de manera inadequada dona lloc a dificultats psicopatològiques.
- La cultura del pacient que desenvolupa l'expressió del trastorn mental i li dona un significat en el marc de l'esmentada cultura (66).

➤ **Persones amb hàbits tòxics (alcoholisme, drogodependència etc)**

Es tracta d'un indicador del que ja hem parlat en el document, (pág.20, pàg.31, pàg.45) per tant, pensem que ja hi ha prou referències, No obstant, comentar que actualment tenim una xarxa consolidada d'atenció fonamentada en el tractament dels addictes com a malalts i en el coneixement científic; la introducció dels programes de manteniment amb metadona; l'abordatge de les infeccions més freqüents entre els usuaris i usuàries de drogues; la resposta a l'emergència de l'addicció a la cocaïna; els programes de reducció de danys; la consideració dels estralls causats per l'abús de l'alcohol, etc. (108)

La XAD ha quedat estructurada en quatre nivells assistencials:

Atenció primària sanitària i social, Centres d'Atenció i Seguiment (CAS) a les drogodependències, Unitats Hospitalàries de Desintoxicació, Comunitats terapèutiques i Centres i Programes de reinserció en el medi social. (109)

El Pla s'adreça a tota la població resident, sense distincions d'edat, gènere, procedència cultural, adscripció social o estil de vida, d'acord amb els criteris d'actuació adoptats, els grups d'intervenció prioritària són els següents:

- Infància, adolescència i joventut
- Persones que consumeixen drogues de manera problemàtica o de risc
- Persones amb trastorns per l'abús d'alcohol, tabac o altres drogues
- Persones en situació de vulnerabilitat social, en risc d'exclusió social o en situació manifesta d'exclusió (110)

➤ **Altres situacions susceptibles d'intervenció social detectades per l'equip assistencial i/o a sol·licitud del pacient/família.**

8.4.- INDICADORS ESPECÍFICS DE DETECCIÓ EN OBSTETRICIA

Els factors de risc a l'embaràs estan àmpliament descrits i documentat en diferents estudis. Entre aquests indicadors, hi ha els condicionats socials i de la pròpia persona que poden afectar directament l'evolució de l'embaràs i la cura del nadó. Alguns d'aquests indicadors per si sols poden fer necessari activar els protocols de maltractaments, de seguiment de l'embaràs i puerperi o d'altres.

- **Sense problemes evidents**

- **Gestants amb manca o deficient control d'embaràs**

Entre els indicadors de risc social que es valoren en relació amb la *Detección de Riesgo Social en el Embarazo*, (74) respecte a les visites de control d'aquest, es marquen:

- 1ª visita mèdica > 20 setmanes de gestació
- Menys de 5 consultes mèdiques durant embaràs

També es valora com a indicador de risc mitjà, en el Protocol de Seguiment de l'embaràs (75); *el control insuficient de la gestació*; el qual es considerarà un embaràs insuficientment controlat quan s'hagin realitzat cinc o menys visites en total, sempre que una d'aquestes visites hagi tingut lloc durant el primer trimestre de la gestació. També es considerarà de risc mitjà a causa de l'insuficient control quan no s'hagi realitzat alguna de les proves complementàries indicades per les setmanes de gestació, quan la primera visita de control tingui lloc més tard de la setmana dotze de la gestació, i/o que el nombre de visites per trimestre sigui inferior a una.

El Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó (76) com a criteri de risc psicosocial, també assenyala el control insuficient de la gestació.

Per tant, és molt important que la gestant es responsabilitzi del seu embaràs, i assisteixi a les consultes per realitzar les proves indicades. (70)

La guia d'Intervenció de Treball Social Sanitari, (79) també recull com a criteri de risc sociosanitari d'embaràs, la manca de control mèdic durant l'embaràs.

➤ **Gestants amb embaràs múltiple i/o embaràs no desitjat**

La Guia de pràctica clínica en el SNS (78) recomana, en fer la història psicosocial, la identificació per part de professionals sanitaris dels principals factors de risc psicosocials (Austin, 2008), que afecten significativament la salut de la gestant i al resultat de l'embaràs (ACOG, 2006). S'insisteix que, pel fet que alguns d'aquests factors poden modificar-se durant l'embaràs, és preferible repetir aquesta avaluació cada trimestre (ACOG, 2006).

- Gestació desitjada i / o desig d'interrupció
- Acceptació de l'embaràs i vivència de la situació

El Protocol de Seguiment de l'embaràs a Catalunya (75), també recull com a indicador de risc mitjà l'embaràs no desitjat i/o quan la gestant mantingui una situació clara de rebuig enfront de l'embaràs actual.

Cal distingir entre l'embaràs no planificat i l'embaràs no desitjat. L'embaràs no desitjat està relacionat amb altres factors com són: control insuficient de la gestació, hàbits alimentaris inadequats, etc. Hem de tenir en compte que aquest factor de risc es dona més en adolescents i en dones joves.

I com a indicadors de risc molt alt la gestació múltiple que dona com a resultat dos o més nadons. La gestant portadora de 3 o més fetus en l'embaràs actual, pot presentar com a complicacions prematuritat, baix pes, despreniment de placenta...

La guia de Intervención de Trabajo Social Sanitario (79). També es recull com a criteri de risc de salut de l'embaràs, l'embaràs no desitjat.

El Protocol per a l'atenció i l'acompanyament en cas d'embaràs no desitjat (80) recomana que l'atenció a la dona, en la seva primera visita, ha de generar relacions de confiança, evitar els judicis, garantir el respecte i permetre que sigui ella qui, dins les limitacions d'ordre legal, decideixi el que vol fer amb l'embaràs.

La sospita o la confirmació d'un embaràs no desitjat suposa per a la gran majoria de les dones una situació aguda de conflicte en què es confonen sentiments de desig i de rebuig que poden generar patiment i ansietat a més, cal tenir en compte els condicionants individuals, com ara la situació socioeconòmica, la situació familiar o les creences, entre altres.

➤ **Gestant menor d'edat, mare sola i/o parelles joves sense (o molt feble) suport familiar**

El Protocol de seguiment de l'Embaràs a Catalunya (75) també recull com a indicador de risc mitjà la gestació en dones de menys de 17 anys.

L'embaràs en l'adolescència és considerat de risc, ja que comporta un major índex de prematuritat i baix pes, immaduresa fetal, i mortalitat fetal. Les repercussions de caire psicològic o social que comporta una gestació en joves, són importants: Normalment s'acompanya de rebuig social i familiar, aïllament, soledat, així com abandó d'estudis i risc elevat d'un segon embaràs de manera precoç. Aquests aspectes fan que l'embaràs s'oculti durant bastant de temps, la qual cosa implica un control tardà de la gestació. Prestar una atenció específica a aquest grup de dones gestants, un suport familiar adequat i una educació sanitària adequada poden millorar els resultats. (75)

El Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó (76) com a criteri de risc psicosocial, també assenyalava: mares adolescents, que han de fer front a una situació per a la qual normalment no estan preparades: la seva recuperació física, la relació amb el nadó, la responsabilitat de la criança, i els canvis socials que suposa.

Mare sense suport del progenitor o la família.

La maternitat en l'adolescència actua com a factor de risc. A nivell de la mare adolescent s'incrementa el risc de complicacions durant l'embaràs i el part (toxèmia, anèmia, prematuritat i baix pes en néixer), d'estatus laboral baix, de matrimoni inestable i de divorci.

La guia per a la detecció i la intervenció primerenca amb menors de risc (82) parla de les intervencions dissenyades per prevenir el desenvolupament de conductes d'abús de substàncies, de violència i de delinqüència per a mares d'alt risc des de l'embaràs fins als dos anys.

És important que la dona compti amb el suport de la parella, de la família propera o de persones de l'entorn que estiguin disposades a acompanyar-la, a cuidar-la, a dur a terme els treballs delegables (com per exemple, les tasques domèstiques) i a respectar les seves decisions. (84)

➤ **Gestant amb discapacitat física i/o psíquica, malaltia mental o manca de competència dels pares, estabilitat emocional i habilitats socials**

Embaràs, part i puerperi. En les recomanacions per a mares i pares (85) parla que hi ha una relació positiva entre el suport social i la salut física (menor incidència de malalties, menys complicacions en l'embaràs, etc.). L'accés a les relacions socials positives s'ha associat a benestar psicològic i absència de depressió.

Les situacions de risc per a la infància es produeixen en gran freqüència a causa de la manca d'habilitats dels pares per organitzar el context familiar, per exercir d'educadors, o desenvolupant pautes de control i de supervisió. Aquestes habilitats són susceptibles d'aprenentatge i, per tant, la intervenció educativa ha de ser un component essencial de l'acció protectora. La capacitat d'exercir deures parentals està també en funció de la integració en xarxes de suport familiar, veïnal i social dels pares, de manera que les intervencions familiars no s'enfoquen només al pla de l'aprenentatge en l'àmbit domèstic, sinó a la connexió amb el suport social formal i informal que ofereix l'entorn i les xarxes de la família.

Al document “Detecció de Risc Social a la Embarassada” (74) s'assenyala com Indicadors de risc de maltractament infantil Prenatal o Postnatal:

- Parelles amb característiques d'immaduresa
- Pobre autoestima, aïllament social o depressió
- Malaltia mental dels pares, toxicomania
- Deficiència mental
- Nivell d'habitabilitat deficient
- Aïllament social, etc.

El Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya Dossier 5 Document operatiu de dones amb discapacitat, (88) Hi ha diferents tipus de discapacitat (física, sensorial, intel·lectual, etc.) i amb diferents graus d'afectació. Finalment, la malaltia mental també pot causar discapacitat en les persones afectades per trastorns cognitius, d'afectivitat o de conducta.

El Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó (76) com a criteri de risc psicosocial, també assenyala: mares amb trastorns psiquiàtrics.

➤ **Gestant (o pare) en situació de privació de llibertat**

L'Institut Obert de Catalunya, dins de la intervenció amb famílies i Atenció als Infants en risc social (86), dedica un apartat a l'atenció dels infants menors de tres anys, de mares que compleixen penes privatives de llibertat: mare i infant disposen de dos serveis: el departament de mares i les unitats dependents o pisos tutelats.

Les dones que hi poden accedir són les que es troben en una d'aquestes situacions:

- Dones que en el moment en què han d'ingressar en un centre penitenciari fan una sol·licitud per tal d'ingressar juntament amb el seu fill o filla menor de tres anys.
- Dones que, un cop són a la presó, sol·liciten que pugui ingressar-hi també el seu fill menor de tres anys amb elles.
- Dones que ingressen embarassades a la presó i demanen que quan neixi el nadó pugui romandre amb elles.
- Dones que es queden embarassades en un contacte cara a cara que ha tingut lloc a la presó o durant un permís de cap de setmana, i, com en el cas anterior, demanen que quan el nadó neixi, pugui romandre amb elles.

El treball Mares a la presó. La relació amb els fills de les dones empresonades (86) diu que les Normes Penitenciàries Europees afavoreixen aquest acompanyament sempre i quan estigui per davant el benefici del menor.

En els casos de detecció de risc durant l'embaràs, o en el moment del part, s'informa als serveis externs de l'existència d'aquest (DGAIA, EAIA, SSAP...). En tot moment s'informa a la Fiscalia de Menors d'aquesta situació i de qualsevol incidència que pugués produir-se i que fos perjudicial pel nen.

En la publicació *La niñez también necesita de su papá: hijos e hijas de padres encarcelados*, (95) s'hi recullen els obstacles pels quals passa una família a l'hora d'establir un contacte. Les visites estan limitades per molts factors, entre d'altres: la distància geogràfica, el transport i les barreres econòmiques, etc. Es cert que la majoria d'hospitals, preveuen que quan una dona arriba al centre, per donar a llum, i el pare del nen/a està privat de llibertat o complint condemna, s'avisava als Serveis Socials per què inicien gestions per a què pugui sortir de la presó i conèixer al seu nadó, en el cas de no haver-ho fet ella mateixa.

➤ **Gestant amb consum actiu de tòxics**

El Protocol de Seguiment de l'Embaràs a Catalunya (75), inclou com a risc mitjà:

- Fumadora habitual: Gestant que fuma durant l'embaràs, independentment del nombre de cigarrets al dia. S'ha de tenir en compte que tota gestant fumadora que hagi abandonat l'hàbit durant la primera meitat de l'embaràs podria ser considerada com de baix risc.

I com a indicador de risc molt alt:

- Drogoaddicció/alcoholisme/Drogues il·legals: consum abusiu d'heroïna, de cocaïna, d'haixix o d'altres substàncies que puguin generar una addicció. La detecció s'ha de realitzar a partir del primer control de l'embaràs mitjançant una anamnesi acurada.

Les drogues poden actuar directament sobre el fetus (efecte vasoconstrictor de la cocaïna) o a través de les penúries econòmiques i socials que el seu consum pot comportar. En aquest últim cas, es pot presentar una incidència més gran de nadons amb retard de creixement intrauterí i prematuritat, entre d'altres.

Alcoholisme: Consum abusiu de begudes alcohòliques, que es detectarà ja a partir del primer control de l'embaràs, tot tenint en compte les dificultats que comporta l'obtenció de la informació sobre el consum real. L'alcohol pot causar danys al fetus, especialment al seu sistema nerviós. Al començament dels anys 70 es va descriure la Síndrome Alcohòlica Fetal (SAF), caracteritzada per un conjunt de malformacions físiques, especialment a la cara, retard del creixement i de la maduració psicomotora, i retard del desenvolupament intel·lectual, que presentaven els fills de mares alcohòliques.

La interrupció del consum de drogues pot requerir la realització d'un tractament, per exemple, en el cas de les gestants dependents de l'heroïna, l'opció més adequada sol ser la inclusió en un programa de manteniment amb metadona, que contribuirà a aconseguir que la pacient es mantingui allunyada de l'ús de l'heroïna i de la via parenteral, i facilitarà el seguiment de l'embaràs fins al part.

Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó (76) també recomana, en el cas de mares drogodependents, valorar la capacitat per a la pròpia autocura i la del nadó, valorar l'ajut de què disposa, assabentar-se de si està seguint un programa de desintoxicació o bé és consumidora, contactar amb serveis socials i amb el CAS de referència.

➤ **Gestant amb alteracions importants del fetus que facin preveure problemes d'adaptació, tractament, control mèdic etc.**

El Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya (75), com a indicador de risc molt alt la malformació uterina i la malformació fetal confirmada.

En el cas que l'alteració detectada tingui una repercussió clínica en el fill que ha de néixer, se'ls informarà convenientment als pares, es recomanarà que se'ls derivi a un centre especialitzat en consell genètic, informant abans de la setmana 22 de la gestació, per tal que puguin decidir sobre la continuació de l'embaràs dins del marc legal. I, si és el cas, se'ls informarà també sobre la possibilitat de fer algun tipus de teràpia correctora intrauterina.

En la detecció de Risc Social de la Embarassada (74) també consta, com a elements de RISC: els factors de risc social influeixen negativament en el desenvolupament del nen, així com els factors de risc biològic (baix pes en néixer, prematuritat, síndromes malformatius, problemes neurosensorials, malalties cròniques, privació afectiva i emocional, ...) i certes circumstàncies de l'embaràs: malformacions, prematuritat, malalties neurològiques, malalties congènites o adquirides, deficiència mental etc.

El Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó (76) com a criteri de risc psicosocial, també assenyala: mares amb fills nascuts amb malformacions o discapacitats, alteracions importants del fetus que facin preveure problemes d'adaptació, tractament, control mèdic etc.

➤ **Gestant amb sospita de maltractaments físics o psicològics (Protocol violència de gènere).**

Pla estratègic de polítiques de dones del Govern de la Generalitat de Catalunya 2012-2015 (87):

En els darrers anys s'ha produït un gran avenç pel que fa a la visibilització i la sensibilització social vers la violència masclista. Això ha estat possible, sobretot, gràcies als avenços legals i als instruments i recursos creats per abordar aquest tipus de violència i per atendre aquelles dones que la pateixen, així com els seus fills i filles.

Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de salut a Catalunya (45): habitualment el maltractament, comença en l'inici de la relació amb conductes d'abús psicològic, conductes restrictives i controladores que van minimitzant la capacitat de decisió i autonomia de la dona, produint dependència i aïllament. Conseqüències en la salut a causa de la violència, entre d'altres, i fent referència a la salut reproductiva i sexual:

- Per relacions sexuals forçades: pèrdua de desig sexual, trastorns menstruals, malalties de transmissió sexual inclòs el VIH/SIDA, embaràs no desitjat, avortament, etc.
- Per maltractament durant l'embaràs: amenaça d'avortament, embaràs de risc, part prematur, baix pes en néixer, etc.

Cal fer una valoració integral conjuntament amb la dona i veure l'augment de la intensitat i freqüència de la violència, inici d'agressions durant l'embaràs etc.

Document operatiu d'embaràs (88): l'embaràs és un moment en el qual poden aparèixer canvis en la relació de parella i, en alguns casos, situacions complexes i relacions violentes envers la dona o un augment de la violència. La parella de la dona gestant pot percebre la situació d'embaràs com un element estressant, i això pot augmentar quan el part és imminent.

Diversos estudis posen de manifest que la violència masclista s'inicia o augmenta durant l'embaràs. També canvia la distribució de les agressions físiques que alguns agressors exerceixen contra les seves parelles, i aquestes agressions passen a dirigir-se cap als pits, l'abdomen i els genitals de la dona embarassada.

Les conseqüències de la violència masclista sobre la dona embarassada tenen un doble impacte, atès que s'hi poden afegir els efectes sobre el fetus, és a dir, un maltractament prenatal. (71)

L'exercici de la violència física acostuma a tenir unes conseqüències directes sobre la salut de la dona, com per exemple traumatismes abdominals, despreniment de la placenta, hemorràgies abans del part, etc., i l'aparició de problemes emocionals i socials, tenen un risc més alt de patir depressió, ansietat, estrès posttraumàtic i intents de suïcidi, i de consum perjudicial de substàncies psicoactives. El desenvolupament del fetus també es pot veure afectat per la situació de violència per manca d'atenció i de cura, atès que la dona maltractada es troba en una situació personal de vulnerabilitat física, psicològica i emocional.

D'acord amb el *Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document marc*, (45) cal derivar amb el consentiment previ de la dona, al personal de treball social si es detecten situacions de risc psicosocial i als recursos adequats a la situació en la qual es troba la dona.

El Document operatiu de maltractament infanto juvenil (89) defineix diferents tipus de maltractament, entre d'altres el maltractament prenatal: es produeix quan una dona en procés de gestació no té cura, de manera conscient o inconscient, de les atencions que demana el seu estat, amb risc de perjudicar el fetus.

Document operatiu de VIH i altres ITS (96): diversos estudis posen de manifest la relació entre les situacions de violència i la infecció pel VIH, i alerten de la vulnerabilitat que presenten les dones davant d'ambdós fenòmens. Les dones VIH+ també poden patir una relació bidireccional entre el risc de viure situacions de violència i el risc d'infectar-se pel VIH o altres ITS.

Document operatiu de salut mental (97): respecte a la prevalença de les problemàtiques de salut mental, alguns autors assenyalen que bona part d'aquests trastorns psiquiàtrics estan presents, en les dones que han viscut situacions de violència masclista.

La gravetat d'alguns d'aquests problemes –com la depressió i l'estrès posttraumàtic– està relacionada amb la temporalitat i la gravetat de la situació de violència, ja que a més durada i intensitat de la violència més gravetat dels símptomes.

➤ **Gestant amb dificultats de l'entorn: econòmiques, sense domicili, atur, etc.**

La guia per a la detecció i la intervenció primerenca amb menors de risc (82) diu que les situacions de risc per a la infància s'originen sovint en situacions de manca de cobertura de les necessitats bàsiques (ocupació, economia, habitatge, aliments). És el primer objectiu aconseguir que la família cobreixi aquestes necessitats, mobilitzant per a això els recursos necessaris, reconeixent així el fet que després de situacions de negligència pot trobar-se una situació de manca de recursos de la família.

Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó (76) marca factors socioeconòmics desfavorables: s'ha de valorar al domicili les condicions mínimes d'higiene, tant per a la mare com per al nadó, i els ajuts socials de què disposa.

Protocol de Seguiment de L'Embaràs a Catalunya (75) inclou com a indicador de risc mitjà, condicions socioeconòmiques desfavorables i dones sense suport socioeconòmic.

Els factors socioeconòmics que poden influir en els resultats perinatals descrits per la majoria d'estudis són: el baix nivell d'ingressos, l'atur, la nutrició deficient, el baix nivell d'educació, l'accés difícil a l'assistència perinatal, el desinterès per la salut i la manca de suport social i familiar. Les condicions socioeconòmiques seran considerades com a factor de risc mitjà per a l'embaràs en curs quan requereixin la utilització de tota una sèrie d'estratègies de prevenció i de diagnòstic durant l'embaràs, per tal de posar en marxa intervencions multidisciplinàries que puguin reduir el risc durant la gestació, i millorar els resultats perinatals.

El Protocol de Detecció Precoç de Risc Social en Atenció Primària de Salut (81), identifica els criteris que afavoreixen el risc social, entre els quals destaquen la precarietat en les condicions de vida (ingressos

insuficients: parella a l'atur i sense prestació econòmica, hàbitat reduït o insalubre, etc.) o potencials situacions de maltractament o violència de gènere.

➤ **Gestant que manifesta renunciar al nadó**

A “Detecció de Risc Social a la Embarassada” (74) diu que: “Els serveis socials i sanitaris tenen la responsabilitat de la detecció precoç de situacions de risc social i des de les seves àrees d'actuació facilitar els recursos perquè aquestes circumstàncies no suposin un dany biopsicosocial a la mare i el fill.”

Dins dels indicadors de risc de maltractament infantil, identifica el plantejament de cedir al nen per adopció.

En el “Protocol per a l'atenció i l'acompanyament en cas d'embaràs no desitjat”, (80) hi ha el supòsit de que la dona té dret a conèixer i a plantejar-se la possibilitat de continuar la gestació i donar el nadó en adopció, i cal identificar els possibles riscos o situacions de vulnerabilitat i la valoració de la necessitat de suport psicològic, l'acompanyament del procés considerant mesures específiques en el control de l'embaràs, d'acord amb els desitjos de la dona, la coordinació del procés d'adopció amb els serveis socials del territori i amb l'hospital comunicant la intenció de donar el nadó en adopció i la coordinació amb la DGAIA.

L'atenció a les dones embarassades que volen donar el seu nadó en adopció ha d'incloure suport psicològic, orientació social i mèdica, i legal.

En el moment del naixement del nadó, l'hospital ha de comunicar a la DGAIA la voluntat de la mare de donar el fill o la filla en adopció. Si la mare és menor d'edat o es troba incapacitada per sentència, han de signar l'acta els representants legals.

➤ **Gestant i/o família amb necessitat d'orientació, assessorament respecte a les prestacions a les que tenen accés i/o dret**

La Llei de Serveis Socials vigent (9) defineix : Sistema públic de serveis socials és el conjunt d'ajudes, equipaments, projectes, programes i prestacions destinats a assegurar el dret de les persones a viure dignament.

Està integrat pels serveis socials de titularitat pública i els de titularitat privada reconeguts i concertats per l'Administració. La seva finalitat és:

- Assegurar el dret a les persones a viure dignament durant totes les etapes de la vida
- Cobrir les necessitats personals bàsiques i socials
- Promoure l'autonomia personal
- Prevenir les situacions de risc

El Sistema públic de serveis socials s'adreça a totes les persones, especialment a les que necessiten ajuda i suport per fer front a determinades situacions de necessitat personal bàsica, i tenen dret a rebre informació veraç i entenedora sobre els serveis i les prestacions socials disponibles, els criteris d'accés, els drets i els deures de les persones usuàries i sobre com presentar queixes i reclamacions.

Han de rebre informació sobre qualsevol intervenció que els afecti, per tal que puguin consentir-hi lliurement.

➤ **Gestant estrangera en situació irregular**

Ser immigrant s'ha identificat en la nostra mostra com un factor de risc independent per a ser derivada per la llevadora a Treball social per detecció de risc social.

Altres factors de risc com el nivell educatiu, qüestions d'índole religiosa, la diferent concepció de l'embaràs, o la vivència d'experiències prèvies d'absència de control prenatal al país d'origen, s'han identificat com a factors associats a l'incompliment del control prenatal en la literatura (Downe S et al. 2009; Bengiamin MI et al. 2010; Bryant AS et al. 2010; Chote AA et al. 2011).

A Espanya, Rodríguez C et al. (1995) van avaluar l'associació entre baix pes i diferents factors de risc social, trobant com a principals factors associats, el fet de ser mare adolescent i mare soltera. Tots dos factors són criteris de derivació a la TS en l'actual protocol de detecció precoç de risc social a Cantàbria.

(81)

El “Protocol d’assistència al part i al puerperi i d’atenció al nadó”, (76) diu que també cal considerar que estem dins un nou context demogràfic amb un repunt de la natalitat, un augment de la població immigrada en edat de tenir fills, etc.

En l’apartat d’annexos es desenvolupen els aspectes referits a l’ambient psicoafectiu i d’informació que han d’acompanyar la progressió del part, els aspectes socioculturals que s’han de tenir en compte per a una bona atenció a la diversitat, l’atenció a opcions de la gestant com el part no medicalitzat, etc.

Encara que s’han de respectar les diferències culturals, és molt important d’insistir i ajudar la persona immigrada a adaptar-se a l’organització sanitària del nostre país. S’ha de procurar adaptar els consells relatius a la higiene i la cura personal, tant com sigui possible, als costums de cada cultura.

Protocol per a l’abordatge de la violència masclista en l’àmbit de salut a Catalunya (89): moltes d’aquestes dones d’altres orígens tenen en comú patrons culturals marcadament patriarcals, desconeixement de la llengua local, situació administrativa irregular, aïllament, canvis de rol i, de vegades, poden veure’s més fàcilment submergides en el món de la prostitució i del tràfic de persones. La major vulnerabilitat de les dones estrangeres es deu, sobretot, a la precarietat econòmica, la invisibilitat legal i la manca de xarxa de suport.

Els embarassos no desitjats, els avortaments, les infeccions de transmissió sexual i VIH, els dolors abdominals crònics, l’esterilitat i la incapacitat de negociar l’anticoncepció o l’ús de preservatiu, entre d’altres, són manifestacions de la vulnerabilitat de les dones en el context de la salut sexual i reproductiva.

No hem d’oblidar que existeixen grups de dones que per les seves característiques personals o per la seva situació social o legal, necessiten una atenció específica que doni resposta a les seves necessitats concretes de salut. Tal és el cas de les dones amb discapacitat física o psíquica, les dones drogodependents, les dones immigrants, les dones en situació d’exclusió social, les dones que exerceixen la prostitució, les dones d’entorns rurals o les dones grans. La vulnerabilitat en la qual es troben aquests col·lectius, per al que al maltractament es refereix, obliga el conjunt de professionals de la salut a prestar-hi una atenció especial.

El col·lectiu de població immigrant presenta unes característiques específiques, culturals, idioma, religió..., que repercuten en l’atenció sanitària i especialment en la vivència dels professionals de la mateixa. En el col·lectiu de persones immigrants, a més dels problemes socials que poden afectar igual que la població autòctona, convergeixen també les dificultats de comprensió idiomàtica, de comunicació per les diferents concepcions culturals i les dificultats d’accés a l’atenció sanitària. (93, 94, 44).

Pla director d’infància i adolescència de Catalunya (91) marca com a funcions, entre d’altres la:

- Prevenció: quan els infants i adolescents es troben en una situació de risc social degut a un entorn territorial, cultural o social desafavorit, amb especial atenció a la prevenció de la mutilació genital femenina,
 - Protecció: En situacions de risc social, de desemparament o amb necessitat d'atenció especial: infants i adolescents en situació de vulnerabilitat (salut mental, discapacitats, immigrants no acompanyats,...), en situació de risc o conflicte social (famílies desfavorides socialment, entorns socials i comunitaris deprimits, adolescents - joves infractors...) i risc de desprotecció infantil (necessitats bàsiques desateses o risc de maltractament infantil).
- **Altres situacions susceptibles d'intervenció social detectades per l'equip assistencial i/o a sol·licitud del pacient/família**

8.5.- INDICADORS ESPECÍFICS DE DETECCIÓ EN PEDIATRIA

L'objecte de la prevenció del risc social són les situacions que afecten conjunts d'infants o adolescents de manera global, tant de caràcter territorial, cultural com social, en què concorren indicadors o factors de risc que fan palesa la probabilitat que els infants o els adolescents que s'hi troben resultin en el futur perjudicats en llur desenvolupament o benestar. La identificació d'indicadors o factors de risc en un entorn territorial concret o amb relació a un conjunt concret d'infants o adolescents ha de generar plans d'intervenció social preventius i comunitaris. (104 art 77)

En relació amb el/la nen/a:

- **Sense problemes evidents.**
- **Consultes excessivament freqüents a Urgències, per motius no pertinents.**

La freqüència dels controls mèdics pot ser superior o inferior a l'establerta als protocols sense que hi hagi un motiu aparent. Ja sigui per excés o per defecte, l'element de detecció d'aquest indicador serà l'assistència a visites mèdiques contínuament sense justificació. (103)

Aquest indicador podria estar relacionat amb l'anomenada Síndrome de Münchausen (105) per poders que es dona quan per part dels pares o les persones cuidadores se simulen malalties a l'infant, se'l sotmet a contínues exploracions mèdiques o a ingressos hospitalaris, al·legant símptomes ficticis o generats de manera activa pel propi adult. El síndrome de Münchausen és una tipologia de maltractament infantil. (105,107,106)

- **Amb malaltia crònica que no ha generat consulta mèdica prèvia.**

El menor no disposa d'una atenció de la salut adequada al seu estat de salut.

El menor pateix una malaltia orgànica que no té possibilitats de curació, independentment del pronòstic que aquesta tingui, i que requereix d'un tractament sostingut en el temps. (103)

➤ **Repetit absentisme a les visites programades a l'àmbit de CCEE.**

Aquest indicador el podríem relacionar amb el punt **D2 . El seguiment i control de la salut de l'infant no sembla l'adequat** del Projecte RUMI-Infància Respon. És un projecte dirigit a professionals de la xarxa pública de salut, educació, serveis socials i cossos de seguretat, a fi i efecte de disposar d'una eina en línia comuna i compartida per detectar i prevenir les situacions de risc de maltractament infantil i de dotar Catalunya d'un Registre Unificat de Maltractament Infantil (RUMI), que permeti la recerca, la prospecció de dades i el criteri de necessitats.

Com a elements de detecció sobre el seguiment i control de la salut de l'infant, trobem:

- Porten l'infant malalt a l'escola
- No atenen les malalties o danys físics de l'infant
- No duen a terme les revisions mèdiques
- No tenen cura de les deficiències visuals, auditives, etc. de l'infant
- No segueixen els tractaments mèdics i/o higiènics que se'ls indiquen
- No assisteixen als serveis especialitzats indicats o derivats (atenció precoç, salut mental)
- No accepten la malaltia de l'infant i per tant no li proporcionen l'assistència que necessita

➤ **Dificultats de maneig de la malaltia i/o control insuficient, amb llargues hospitalitzacions, etc.**

RUMI D2. El seguiment i control de la salut de l'infant no sembla l'adequat.

(103) Inadequació en el seguiment mèdic del menor; el menor no disposa d'una atenció de la salut adequada al seu estat de salut.. Elements de detecció:

- El menor assisteix malalt a l'escola
- El menor no segueix tractaments mèdics adequats
- El menor assisteix a visites mèdiques contínuament sense justificació
- Absentisme escolar per malalties justificades o sense justificar.

➤ **Menor hospitalitzat/da amb escassa relació amb la seva família.**

(104 Article 37). La responsabilitat primordial de la criança i la formació dels infants i els adolescents correspon als pares i les mares o a les persones que en tenen atribuïda la tutela o la guarda, d'acord

amb el que disposa la legislació vigent 2. Els pares i les mares i les persones que tenen atribuïda la tutela o la guarda dels infants i els adolescents han d'assegurar, dins llurs possibilitats, les condicions de vida necessàries per al desenvolupament integral dels infants i els adolescents.

(104 Article 46).

Els infants i els adolescents hospitalitzats tenen dret a estar acompanyats de llurs pares i mares, i, si s'escau, dels titulars de la tutela o de la guarda, llevat que això pugui perjudicar o obstaculitzar l'aplicació dels tractaments mèdics.

➤ **En edat escolar, sense escolaritzar o que presenta absentisme escolar**

(104 Article 48 i 49).

Els infants i els adolescents tenen el dret i l'obligació de rebre els ensenyaments obligatoris, i el dret de rebre els ensenyaments no obligatoris. En relació amb l'atenció educativa d'infants o d'adolescents malalts recalca que les administracions públiques i els responsables hospitalaris han de garantir que qualsevol infant o adolescent, en cas de malaltia o hospitalització que duri més de trenta dies, tenir cobertes les necessitats escolars, el joc i la realització d'activitats culturals i d'acompanyament, sempre que l'estat de salut li ho permeti.

En relació amb el concepte de No-escolarització, absentisme i abandó escolar, la LDOIA estableix que s'entén per:

- No-escolarització: el fet que els progenitors, els titulars de la tutela o els guardadors d'un infant o adolescent en període d'escolarització obligatòria no gestionin la plaça escolar corresponent sense una causa que ho justifiqui.
- Absentisme: l'absència de classe sense presentar justificant o sense una justificació acceptable. S'han de determinar per reglament quins són els casos que constitueixen absentisme lleu, absentisme moderat o absentisme greu, i quines són les mesures que cal adoptar en cada cas.
- Abandó escolar: el cessament indefinit de l'assistència a la plaça escolar corresponent per l'infant o l'adolescent en període d'escolarització obligatòria.

Les administracions públiques han de fer una especial atenció a detectar els casos de no-escolarització, absentisme i abandó escolar i han d'adoptar de manera coordinada les mesures necessàries per a fer-hi front, mitjançant els protocols corresponents.

➤ **Tutelat/da per DGAIA o Fundació tutelar. (104 article 109)**

Tutela: funció que temporalment assumeix la Generalitat de Catalunya, mitjançant la DGAIA, sobre els infants i els adolescents declarats en situació de desemparament.

L'assumpció de les funcions tutelars per part de la DGAIA implica la suspensió de la potestat parental o de la tutela ordinària i dels drets que se'n deriven.

L'exercici de les funcions de guarda inherents a la tutela es pot delegar per la DGAIA als directors dels centres o a les famílies que acullin a l'infant o adolescent.

➤ **Amb sospita o evidència maltractament i abús sexual**

(107) Definició de maltractament físic: L'ús de la força que danya, fereix o que pot, fins i tot, causar la mort de l'infant o de l'adolescent.

Elements de detecció:

- Ferides o hematomes en qualsevol part del cos, no vinculables a les activitats habituals de l'infant o adolescent.
- Fractures no vinculables a activitats habituals de l'infant o adolescent.
- Mutilació genital femenina
- Conducta violenta
- Es mostra agressiu, passiu o submís
- Tracta malament i destrossa el material.
- Usa les amenaces per aconseguir els seus propòsits.
- Mostra prepotència i tirania

Definició de maltractament psíquic: acte únic o repetit que causa danys psíquics a l'altre i que es produeix en situacions on hi ha una situació d'expectativa de confiança. És més difícil d'identificar perquè moltes formes d'aquest maltractament estan normalitzades en la nostra societat. Elements de detecció:

- Crits continuats
- Els sobrenoms o anomenar de forma desagradable que no agrada
- Les amenaces de danys
- L'abandonament en situació de dependència o l'amenaça de l'abandonament

Definició d'abús sexual: la implicació de menors en activitats sexuals no consentides o forçades per aquests, per satisfer les necessitats d'una altra persona. Pot ser amb contacte físic o sense. També inclou l'acceptació passiva d'aquest maltractament fet per una tercera persona. Elements de detecció:

- Manifesta coneixements sexuals estranys, sofisticats i inadequats a la seva edat
- Conductes i jocs sexuals inadequats a l'edat
- Indicis físics: lesions, hemorràgies, malalties transmissió sexual,...

➤ **Altres situacions susceptibles d'intervenció social detectades per l'equip assistencial i/o a sol·licitud del pacient/família**

Amb relació a la família:

- **Sense problemes evidents.**
- **Pares adolescents i/o immadurs, sense suport familiar.**

(103) Situació d'embaràs durant l'adolescència. Es tindrà en compte tant en el cas de les noies com en el dels nois. La situació es valorarà més greu en funció de l'edat més temprana.

➤ **Dificultats d'organització familiar relacionades amb l'hospitalització**

Les càrregues laborals i familiars dels progenitors de vegades dificulten l'atenció del menor durant la seva hospitalització

➤ **Manca de competència, estabilitat emocional i habilitats socials dels pares per a l'adequada criança i educació dels fills**

(103) Establiment de vincles inadequats: relació pares-fills inadequada, tractant-lo com a adult-amic, etc. Dificultats d'enteniment amb discrepàncies i diferències. Elements de detecció:

- Manca de comunicació i de vincle entre pares i fills
- Manca d'activitats familiars conjuntes
- Absència de decisions i pautes per la seva educació / estimulació
- El menor realitza tasques inadequades a la seva edat

- No presten atenció a les seves necessitats
- El menor està privat de relacions socials
- Sobreprotecció
- No escoltar / no respondre
- No es sap mai què fa o ha fet l'altre

Mancances importants en l'exercici del rol parental: els pares o tutors del menor no exerceixen pautes educatives per a fer de pares.

Elements de detecció:

- Desconeixement de les funcions inherents al rol parental
- Desconeixement del procés evolutiu del seu fill i les seves necessitats
- Descontrol horari
- Hàbits inadequats
- Presència física inadequada
- Se'l fa ser més petit/gran que la seva edat biològica

➤ **Aïllament social de la família, manca de relacions socials i xarxes de suport**

(103) Dificultats d'integració en el medi social que provoquen una manca o absència de relacions amb l'exterior.

Elements de detecció:

- Manca de xarxa de suport social i/o familiar
- Rebuig social per les seves característiques (prejudicis, ètnia,...)
- Aïllament social
- Dificultats idiomàtiques

➤ **Pares amb malaltia mental o disminucions, sense suport familiar**

(103) Els familiars del menor tenen una discapacitat física, psíquica o sensorial, i tenen dificultats per les activitats de la vida diària i/o instrumentals. No disposen de xarxa familiar de suport que els ajudi a tenir cura dels menors.

Indicadors que apareixen en el RUMI. Serien:

E2. Els progenitors o guardadors poden estar patint algun trastorn mental

E3. Els progenitors o guardadors presenten una discapacitat intel·lectual

➤ **Pares consumidors habituals de tòxics i altres addiccions**

(103) Els tutors del menor tenen dificultats per exercir el rol parental degut a les seves addiccions (alcohol o altres tòxics, ludopaties, treball, tecnologies, sexe, etc.). Elements de detecció:

- Acudeixen amb símptomes d'haver consumit drogues o alcohol.
- Trastorns físics / psíquics (inclou ansietat i depressió)
- Falta de control d'impulsos

➤ **Violència de gènere**

RUMI (registre unificat de maltractaments infantils)

Indicador que podríem relacionar amb el D14. L'infant està vivint en un entorn familiar violent del RUMI.

Els elements de detecció serien:

- Es donen relacions violentes entre la parella
- Es dona violència física/psíquica manifesta contra altres membres de la família
- Hi ha agressions mútues entre progenitors i fills
- Es donen múltiples o creuades denúncies entre els membres de la família
- Un dels progenitors ha matat l'altre

➤ **Condicions de vida desfavorables (habitatge, economia....) que dificulten fer front a les necessitats bàsiques de la família.**

(103) Manca de recursos socials. Entorn poc desenvolupat a nivell sanitari, educatiu, social, cultural, escolar, etc.

Elements de detecció:

- Entorn amb pocs recursos i equipaments socials
- Dificultats per anar a un altre indret a cercar el recurs
- Inestabilitat laboral; situació de canvis freqüents de feina i/o amb contractes parcials o temporals

Elements de detecció:

- Situació econòmica deficient o inestable

- Contractes inferiors a sis mesos
- Acomiadaments

➤ **Dificultats relacionades amb la multiculturalitat.**

(103) El menor no té un coneixement bàsic de l'idioma vehicular del seu entorn i dels altres infants i/o del que s'usa en el centre escolar. El menor no coneix els costums del seu entorn o, si els coneix, es manté volgudament al marge de tots els costum del seu entorn (estiguin o no en contradicció amb la seva pròpia cultura). El nucli familiar té dificultats en relació a la diferent vivència de la cultura d'origen i la cultura d'acollida (pares/fills).

Elements de detecció:

- Desajust entre la cultura d'origen i la nova cultura
- Desconeixement de la llengua (català i castellà)
- Poca comunicació amb els companys de classe
- Relació exclusiva amb infants del seu mateix origen i en la seva llengua materna
- Manca de participació en activitats lúdiques i culturals
- Rebuig cap a nous costums

➤ **Altres situacions susceptibles d'intervenció social detectades per l'equip assistencial i/o a sol·licitud del pacient/família**

9. DERIVACIÓ A TREBALL SOCIAL

A: detecció general

La proposta és que, en la acollida d'infermeria, es detectin les persones amb problemàtica social a partir d'uns indicadors prèviament definits, i es realitzi la derivació a Treball Social.

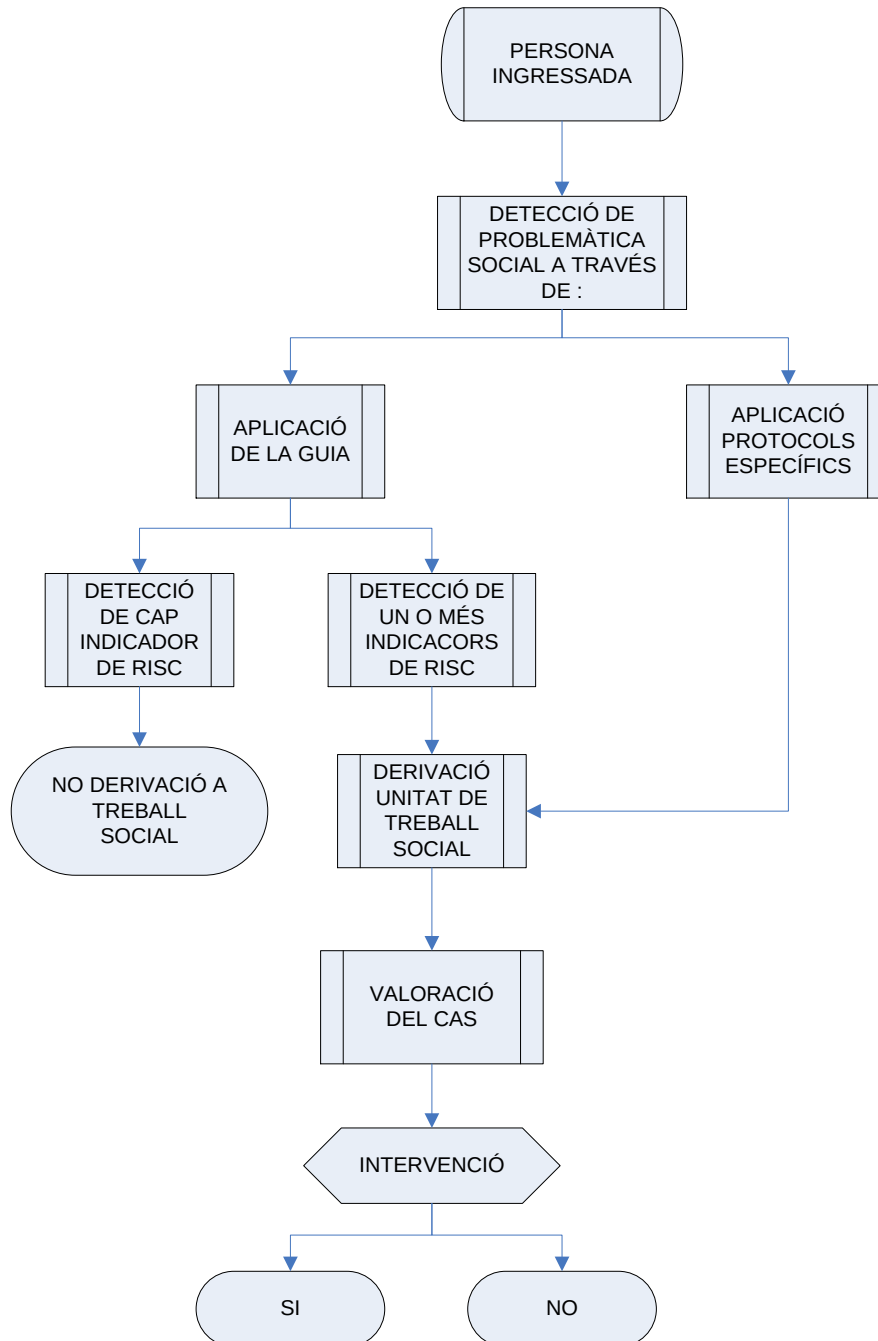
NASW (73)

B: detecció en el marc de protocols

Habitualment, cada centre té definits uns protocols en que es detecta sistemàticament l'existència de problemàtica social.

Es recomana la interconsulta a la Unitat de Treball Social (UTS) quan es detectin un o més indicadors positius. També es proposa que cada centre defineixi, segons les seves particularitats, i consensuant amb la resta de professionals que col·laboren en la detecció, el circuit de derivació a la UTS, que hauria de ser àgil i fàcil.

10. CIRCUIT DETECCIÓ/DERIVACIÓ



11. AVALUACIÓ

Avaluar significa determinar els valors quantitatius i qualitatius d'un treball i la seva eficàcia, d'acord amb uns criteris determinats amb antelació.

En aquest cas, avaluar si els indicadors de risc social proposats que, com ja hem dit abans, no s'han validat a cap centre, significa conèixer si l'esforç i el temps dedicat pels diferents professionals, té un efecte positiu en la millora de la detecció de la problemàtica social en les diferents unitats d'hospitalització.

Considerem que cada centre hauria de plantejar-se, de manera individual, si pot o no aplicar els indicadors de risc proposats i si es decideix la implementació, hauria de definir el sistema d'avaluació adient i valorar si el sistema d'avaluació proposat es pot incloure dins del programa de Qualitat Assistencial del Centre.

Proposta d'indicadors de resultat de la Guia:

- Percentatge de persones amb problemàtica social detectades a través de la guia
- Percentatge de persones que no es detecten amb la guia i que arriben a la Unitat de Treball Social.
- Percentatge de persones detectades a través de protocols específics.
- Número de sessions de divulgació de la guia/serveis.

12. BIBLIOGRAFIA

1. Pla de Salut de Catalunya:
 - 1.1. Pla de Salut de Catalunya 2011-2015. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Barcelona, octubre 2012.
 - 1.2. Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Barcelona. Document de treball, juliol 2015.
2. Conceptes i eines de Treball social. ESCOLA UNIVERSITARIA ICESB, Barcelona, ICEBS 1989.
3. <http://www.tauli.cat/tauli/cat/Professionals/ServeisNoAssistencials/SAC/UTS/serveis/serveis.htm>
4. Sánchez, A. Ética de la intervenció social. Paidós. Barcelona 1999
5. Porcel, P. El treball social en l'àmbit de la salut: un valor afegit. Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, 2008
6. Colom Masfret, D. El Trabajo Social Sanitario. Los procedimientos, los protocolos y los procesos. Barcelona, UOC 2011
7. Què s'espera del treball social als hospitals? Sra. Rosa M^a Fernández. TS Hospital Sant Joan de Déu. Jornada de Treball Social Hospitalari. Hospital Clínic. Barcelona, 2004
8. Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (Llei 39/2006),
9. Llei de Serveis Socials que va entrar en vigor el dia 1 de gener de 2008 (Llei 12/2007, DOG núm. 4990).
10. Garcés Carranza, C. DSW TRABAJO SOCIAL Y EL PLAN DE ALTA DEL HOSPITAL 2012.
11. Colom Masfret, D. La planificació de l'alta hospitalària. Mira editores, Zaragoza 2000
12. Henderson, Virginia. "The Principles of Nursing Care" (1955) i "Basic Principles of Nursing Care" (1960).
13. Martí Casas, O. Introducció a la medicina social. ICESB Escola Universitària de treball social. Barcelona 1995.
14. Protocolo de valoración global de pacientes. Comisión de coordinación sociosanitaria del área de salud de Salamanca, 2009
15. Guinovart, C., Rovira, E., & Rufí, A. (2011). Experiència d'ús i resultats d'una escala de valoració sociofamiliar en ancians per part de treballadors socials a la comarca d'Osona. Barcelona: Col·legi Oficial de Treballadors Socials i Assistents Socials de Catalunya.
16. Descripción del proceso: "Planificación del alta social sanitaria en situaciones de riesgo social". Consejería de salud y servicios sociales. Gobierno del principado de Asturias". Disponible a

- (http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/Trabajo%20social/PROCESO%20Alta_Social_Sanitaria.pdf) Consultat 16 de març de 2013.
17. Diagnòstics socials. Treball social en l'àmbit de la salut. Govern de les illes Balears, 2007.
 18. Programa de detecció del risc social en el Hospital de Teruel. Disponible a (<http://www.opolanco.es/documentos/trabajosocial/Programa%20de%20Riesgo%20social%20Memoria.pdf>) Consultat 16.03.2013
 19. Pla d'intervenció Social al servei d'urgències de l'hospital de Sabadell. Mercè Pérez. CSPT, 2006.
 20. Pla d'intervenció social a l'àmbit quirúrgic de l'hospital de Sabadell. Ascensión Martos. CSPT 2008.
 21. Guinovart, C. ENVELLIMENT ACTIU. Prevenció i bases per a una atenció integrada. Màster universitari, 2010-2011
 22. Barrón, A. (1996). Apoyo social. aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.
 23. Puga González, MD. Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España, una previsión a 2010. Fundación Pfizer, Madrid 2001
 24. Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. El entorno familiar. Imsero, 2005
 25. Mundt, J., & Lusch, R. F. (1997). Informal and formal care for the elderly: Decision determinants and their implications. Health Marketing Quarterly, 14(3), 53-68.
 26. Protocol marc i orientacions d'actuació contra els maltractaments a les persones grans. Secretaria de família, Generalitat de Catalunya, 2012
 27. Protocol Osona maltractaments gent gran
 28. Protocol d'actuació clínic-assistencial de maltractaments aguts a la infància. Generalitat de Catalunya, maig 2008
 29. Protocol de detecció infància en risc. Consorci Hospitalari de Vic,
 30. Pla d'intervenció Social al Centre d'atenció a la dona i l'Infant de l'hospital de Sabadell. David Nadal. CSPT, 2006.
 31. Protocol d'atenció mares consumidores de tòxics CHV.
 32. Cantó O Pobreza y exclusión social de la infancia en España. V informe FUHEM de políticas sociales: la exclusión social y el estado de Bienestar en España. Vidal F (Ed). Madrid 2006
 33. Claramonte, A, González R, Nadal D, Pou N, Rams S, La intervenció social en la malaltia crònica infantil. Monografia núm. 7. Col.legi oficial de treball social de Catalunya. 2012.
 34. Bauer, R (1966) Social Indicators. Cambridge, MTI Press.

35. Evaluacion del riesgo psicosocial en familias con menores. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía, 2009
36. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados. R. Wilkinson y M. Marmot. Organización Mundial de la Salud. 2003
37. “Programa d’Atenció Específica als trastorns Mentals Severes”. Servei Català de la Salut. Barcelona, octubre 1997.
38. “Pla de Serveis Individualitzats”. Servei Català de la Salut. Barcelona, maig 1999.
39. Programa d’atenció específica als trastorns mentals severes. Consell assessor sobre assistència psiquiàtrica i salut mental. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, març de 2003
40. Funcions del Treballador Social al camp de la Salut Mental. Document elaborat pel grup de Treball de Salut Mental del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya
41. Manual Diagnòstic Social en Salut Mental. Grup de Treballadors Socials de Salut Mental del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, 2010
42. Orientacions sobre la diversitat cultural i la salut. Comitè consultiu de Bioètica de Catalunya. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2007.
43. Pla Director d’Immigració en l’Àmbit de la Salut. Generalitat de Catalunya, departament de salut, 2006
44. Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal Responsable. Vázquez Navarrete ML et al. Generalitat de Catalunya Departament de Salut. Consorci hospitalari de Catalunya, 2007.
45. Protocol marc per a una intervenció coordinada contra la violència masclista. Institut Català de les dones, Generalitat de Catalunya, abril 2009
46. Protocol CHV violència gènere
47. Mora i Fernández, M La cura familiar de les persones grans revistes.iec.cat/index.php/RCS/article/download/4054/4053. Consultat, 23 de març de 2013
48. Baztan JJ y col. Indice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebro-vascular. Revista Española de Geriátría y Gerontología. 1993. Nº 28, Pág. 32 – 40. (COMPROVAR PAGINAT)
49. Ruzafa JC, Moreno JD. Valoración de la discapacidad física el índice de Barthel. Rev Esp. Salud Pública 1997; 71: 127-137.

50. Regueiro Martínez AA, Pérez- Vázquez A, Gómara Villabona SM, Ferreiro Cruz MC. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en la atención. Atención primaria 2007; 39: 185
51. Revilla L, Luna del Castillo J, Bailon E, Medina I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. Medicina de familia (And); 6.
52. Bellon JA. Cuestionario de función familiar Apgar-Familiar. Aten Primaria 1996; 18.
53. Pinazo S. Las abuelas y los abuelos en la familia: el caso de las abuelas/os itinerantes. Rev Multi gerontol 2005; 15 (3): 178: 187.
54. Braga Ceccatoa M, Acurcioa F, Vallanoe A, Cesar CC, y Crosland Guimaraes M. Evaluación de factores asociados a la comprensión del tratamiento en pacientes que inician la terapia antirretroviral Enferm Infecc Microbiol Clin. 2009;27(1):7–13
55. Banc d'ajudes tècniques Consell Comarcal d'Osona.
56. Manzano Brea N, Cortado Almarza AC, Vicente de Rodríguez A, Maroto Saez AL, El rol del trabajador social en el ámbito de las drogodependencias. Asociación Centro Trama
57. López Villalta MC, Moreno Jiménez J, Navarro Bayón D, Carrasco Ramírez O, Entrenamiento en habilidades de la vida diaria en personas con Trastorno Mental Grave. Descripción de la intervención y estudio de casos.
(Life skills training for persons with severe mental disorder. Intervention and Study of cases.)
FUENTE: PSICOLOGIA.COM. 2009; 13(2)
58. Verdugo Alonso, Miguel Ángel ... [et al.] Programa de habilidades de la vida diaria para la mejora de la conducta autodeterminada en personas con enfermedad mental grave y prolongada. Publicaciones del INICO. Colección Investigación 3/2006
59. Schulz R, Newsom J, Mittelman M, Burton L, Hirsch C, Jackson S. Health effects of caregiving: The caregiver health effects study. An ancillary study of the cardiovascular health study. Ann Behav Med 1997; 19(2): 110-116.
60. Corporació Sanitària de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona. La població vulnerable a Barcelona. Abril 2006
61. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Children of Parents with Mental Illness. No. 39. May, 2000.
62. Virginia Child Protection Newsletter. "Parents With Serious Mental Illness." Vol. 56. Summer, 1999.
63. En la Jornada de l'IAS (Institut d'assistència sanitària) (2013) Senyals d'alerta: avancem-nos als maltractaments. Girona, 2003

64. Gonzalez J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Armengol J, Azcon MA. La baja adherencia al tratamiento ansipsicótico: actuación de enfermería. (Internet). Interpsiquis 2004. Documento disponible en: <http://www.psiquiatria.com>. Consultat el 20.02.2006.
65. Garcia I, Sanchez EI, Sanz M, Gutiérrez M, González de Chavez M. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos. Actas Esp Psiquiatr., 1999; 27 (4): 211-216
66. Orueta R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Información Terapéutica del sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005
67. Galilea V, Cólis J. "Algunas razones a favor de la rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica." *Trabajo Social Hoy* 28 (2000): 104-112.
68. Moraes M, Barros S The effect of menthal illness on the activity of daily living: a challenge for mental health care.
69. Consell de col·legis de metges de catalunya. Quaderns de la bona praxi. Els immigrants i la seva salut. Octubre 2003
70. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut
Edita: Direcció General de Salut Pública. Guia per a embarassades. Barcelona, 2008
71. Generalitat de Catalunya. Departament d'acció social i ciutadania. Protocol de coordinació d'actuacions per a la prevenció i abordatge del maltractament prenatal. 2010
72. Caregiver Strain Index- (CSI) de Robinson (1983).
73. Clinical indicators for social work and psychosocial services in the acute care medical Hospital (NASW). Consultat març 2003.
http://www.NASWDC.org/practice/standards/acute_care_med_hospital.asp.
Standards for Social Work Practice in Child Welfare. NASW National Association of Social Workers, 2013
74. Detección de Riesgo Social en la Embarazada. Prevención Maltrato Infantil. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. 1999
75. Protocol de Seguiment de l'Embaràs a Catalunya. Segona edició revisada. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut . BCN 2005.
76. Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó. Barcelona Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2003
77. Prevenir i actuar contra els maltractaments a les persones grans. Fundació Viure i Conviure. Barcelona, 2007 .

78. Guía de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad . Junta de Andalucía. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio Madrid, 2014
79. Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario. Generalitat Valenciana. 2012. Anexo I
80. Protocol per a l'atenció i l'acompanyament en cas d'embaràs no desitjat . Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2012
81. Protocolo de Detección Precoz de Riesgo Social en Atención Primaria de Salud del Servicio Cántabro de Salud, 2002.
82. La guía para la detección y la intervención temprana con menores de riesgo. Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias. 2004
83. Castilla A. López M. Chavarria V. La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq 1998; 621-642.
84. Educación Maternal. Preparación para el Nacimiento .Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2009
85. Embarazo, parto y puerperio. Recomendaciones para madres y padres. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2006
86. Mares a la presó. La relació amb els fills de les dones empresonades. Alba de la Iglesia García et al. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Generalitat de Catalunya. 2013
87. Pla estratègic de polítiques de dones del Govern de la Generalitat de Catalunya 2012-2015. Generalitat de Catalunya. Institut Català de les Dones.
88. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de salut a Catalunya. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.2009
89. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de salut a Catalunya.Document operatiu d'embaràs. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2010
90. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya . Document operatiu de maltractament infantojuvenil. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2010
91. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya Dossier 5 Document operatiu de dones amb discapacitat. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2010
92. Pla director d'infància i adolescència de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Secretaria d'Infància i Adolescència. Maig 2009

93. Factores asociados al cumplimiento del protocolo de embarazo en inmigrantes africanas y su repercusión en la morbilidad neonatal en Cantabria. Tesis doctoral. Doctorando: María Paz Zulueta. Noviembre 2012. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria.
94. Orientacions sobre la diversitat cultural i la salut. Comitè consultiu de Bioètica de Catalunya. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2007.
95. Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2006
96. La niñez también necesita de su papá: hijos e hijas de padres encarcelados. Publicaciones sobre los refugiados y los derechos humanos. Jennifer Rosemberg.
97. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document operatiu de VIH i altres ITS. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2010
98. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document operatiu de salut mental. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2010
99. Intervenció emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. P. Arranz, J.J. Barbero, P. Barreto y R. Bayes. Ed. Ariel, 2003
100. Urquizar J, Pinteño P, Ballesteros P, Antequera JA, Mellado B, Garcia MC. Factores socisofamiliares que influyen en el cumplimiento terapéutico de los pacientes hipertensos. Libro de ponencias XVI Congreso de la Sociedad Española de la Medicina Familiar y Comunitaria. Granada.
101. Orueta-Sánchez R, Gómez- Calcerrada RM, Gómez-Caro S, Sánchez-Oropesa A, López-Gil MJ, Toledano-Sierra P. Impacto sobre el cuidador principal de una intervención realizada a personas mayores dependientes.
102. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document operatiu de salut mental. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Desembre de 2010.
103. (Document Marc. Model de prevenció i detecció de situacions de risc social a la infància i l'adolescència des dels Serveis Socials Bàsics. Diputació de Barcelona. Any 2008)
104. Article 77 LDOIA Llei de drets i oportunitats en la infància i adolescència. Generalitat de Catalunya 2010
105. Meadow R. Münchhausen syndrome by proxy. The inderland of child abuse. Lancet 1977; 2: 343-345
106. Llibre d'en Pau
107. Protocol d'actuació clínicoassistencial de maltractaments aguts a la infància. Generalitat de Catalunya. 2008

108. Pla d'acció sobre drogues de Barcelona 2013- 2016-. Agència de Salut Pública de Barcelona.
Desembre 2010
109. Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Octubre, 2016.
110. Pla d'actuació en prevenció sobre drogues. 2012-2016 Consum de drogues. Problemes associats.
Barcelona 2012.
111. Modelo de Atención a las personas con enfermedad mental grave. Documentos Técnicos, nº 21005.
Imsero, 2007