



Código de autoría

25.UMA.06.8.2013

TITULO DEL TRABAJO

Intervención de situación de riesgo social en un recién nacido dentro del ámbito hospitalario.

RESUMEN:

Se trata de un recién nacido en una situación de riesgo social que se encuentra en la unidad de Neonatología de un hospital.

Madre portadora del virus de inmunodeficiencia humana, (en adelante, VIH) con trastorno del comportamiento y padre con discapacidad y con problemas de adicciones.

La madre tiene cuatro hijos de parejas anteriores, y los cuatro se encuentran en situación de desamparo por el Servicio de Protección de Menores.

Desde el Servicio de Protección de Menores envían alerta sanitaria a la Unidad de Trabajo Social (UTS), para notificar el nacimiento del menor a fin de adoptar las medidas de protección más oportunas.

En el momento del nacimiento no existen indicadores de consumo de tóxicos durante en el embarazo, aunque se constatan otros factores de riesgo social desde la unidad de Trabajo Social del centro hospitalario y los Servicios Sociales Comunitarios.

ABSTRACT:

This is a newborn in a social risk that is in the Neonatal Unit of a hospital. Mother with the human immunodeficiency virus (hereinafter, HIV) with conduct disorder and parent with disabilities and addictions. The mother has four children from previous partners, and four are in distress by the Child Protection Service. From Child Protective Services sent a health alert to the Social Work Unit (SWU), to notify the child's birth to take appropriate protective measures. At the time of birth, no indicator of consumption of toxic substances during the pregnancy, although They note other social risk factors from the Social Work Unit of the hospital and Community Social Services.

PALABRAS CLAVE:

Situación de Riesgo Social
Desamparo
Situación de seguimiento
Recién Nacido
Embarazo de riesgo

KEYWORDS:

Social Risk
Abandonment
Follow Situation
Newborn
Pregnancy risk

INTRODUCCIÓN A LA TEMÁTICA DE CASO

El objeto de intervención del Trabajo Social Hospitalario son los factores sociales asociados y/o derivados de la enfermedad, que deben ser tratados igual y paralelamente al diagnóstico médico, para facilitar la recuperación del paciente.

La salud de los individuos y comunidades está influida por aspectos muy variados de las relaciones humanas, especialmente por los socio-culturales y socio-económicos.

Estudiar, diagnosticar y tratar los conflictos sociales asociados/derivados de la enfermedad y del ingreso hospitalario es la función clave de la intervención social en el Hospital. Es imprescindible la conexión del enfermo con la comunidad, universalizando las intervenciones y rentabilizando las acciones que han tenido lugar dentro de la institución. Para ello el/la trabajadora social del Hospital debe tener información del grado de oferta y cobertura de los Servicios Sociales y de Atención Primaria (AP), así como mecanismos de coordinación y derivación activa con los mismos.

El/la trabajador/a social del Hospital debe elaborar los proyectos orientados a mejorar la asistencia no exclusivamente individual sino colectiva, proponer los programas que correspondan; utilizar protocolos de actuación; favorecer el diagnóstico integral del paciente.

La intervención del TS se sistematiza a partir de unos criterios propios de actuación y esta se da, desde un servicio organizado y planificado. Los servicios sanitarios constituyen un pilar básico en todo el sistema, ya que el sector sanitario y más en concreto el Hospital tiene especial relevancia en la detección del maltrato infantil, entendiendo éste como sospecha, y la responsabilidad de informar al ámbito responsable y competente de actuar en estos casos: La “Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Servicio de Protección al Menor”

El centro sanitario debe garantizar en todo momento la protección inmediata del menor, la confidencialidad y el anonimato, así como la emisión de aquellos informes a otras instancias. Está obligado a denunciar los casos de lesión al Juzgado de Guardia y notificar las situaciones de riesgo y sospecha a las instancias administrativas competentes, Servicio Protección al Menor.

Se produce un abandono de la teoría privatista en la que los menores son responsabilidad exclusiva de los padres o tutores. Son sujetos que necesitan especial atención y protección debido a su dependencia y vulnerabilidad.

Por eso los poderes públicos también deben garantizar sus derechos.

Existen dos leyes fundamentales:

Ley Orgánica 1/96 de 15 de Enero de Protección Jurídica del Menor, en su artículo 13.1 dice:

“Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicaran a la autoridad o sus agentes más próximas, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise”.

La Ley en este sentido es muy clara cualquier persona que detecte un riesgo para un menor tiene la obligación de denunciarlo.

Y la Ley 1/98 de 20 de abril de los Derechos y la Atención del menor en su artículo 10.6 dice:

“Los titulares de los servicios de salud y el personal sanitario de los mismos están especialmente obligados a poner en conocimiento de los organismos competentes de la administración de la Junta de Andalucía en materia de protección de menores, de la Autoridad Judicial o del Ministerio Fiscal aquellos hechos que puedan suponer la existencia de situaciones de desprotección o situaciones de riesgo para los menores, así como a colaborar con los mismos para evitar y resolver tales situaciones en interés del menor”.

La primera ley que se nombra es de ámbito estatal, sería una recopilación que nos sirve de referente para nuestra labor profesional; la segunda de ellas es nuestra comunidad autónoma, que si cabe es más completa que la anterior ya que se introducen temas de derechos de los menores.

La ley nos explica que existe una situación de riesgo y situación de desamparo.

Según la ley que acabamos de nombrar las situaciones de riesgo son:

“Aquellas en las que existan carencias o dificultades en la atención de las necesidades básicas que los menores precisan para su correcto desarrollo físico, psíquico y social, y que no requieran su separación del medio familiar” Art. 22.1

Situación de desamparo:

El desamparo consiste en la retirada temporal de la guarda y custodia del menor, en ningún caso de la retirada de la tutela, dando lugar siempre a un posible acogimiento en el ámbito familiar para favorecer al menor.

Son las siguientes:

- El abandono voluntario del menor por parte de la familia
- Ausencia de escolarización habitual del menor.
- La existencia de malos tratos físicos o psíquicos o de abusos sexuales por parte de las personas de la unidad familiar u de los terceros con conocimiento de éstas.
- Cualquier explotación económica del menor como puede ser la mendicidad, delincuencia o prostitución.

- El consumo habitual de drogas y alcohol con el consentimiento de los padres/tutores/ guardadores.
- El trastorno mental grave de los padres/guardadores, que impida el normal ejercicio de la patria potestad o la guarda.
- Drogadicción habitual de las personas que integran la unidad familiar y en especial de los padres/tutores/guardadores del menor, siempre que incida gravemente en el desarrollo y bienestar del menor.
- La convivencia en un entorno social-familiar que deteriore gravemente la integridad moral del menor, o perjudique el desarrollo de su personalidad.
- La falta de personas a las cuales corresponde ejercer las funciones de guarda o cuando estas personas estén imposibilitadas para ejercerlas o en situación de ejercerlas con peligro grave para el menor.

Se crea un Procedimiento de Coordinación para la Atención a Menores Víctimas de Malos Tratos en Andalucía, con la finalidad de establecer las bases de coordinación y las pautas de actuación que deberán informar la intervención de las diferentes instituciones públicas y de los distintos ámbitos de actuación profesional, desde una concepción global, integrada e intersectorial y según la responsabilidad que les compete para preservar y defender los derechos de los niños y de las niñas para intervenir cuando los mismos sean vulnerados, especialmente ante situaciones de maltrato.

En el Decreto 3/2004 de 7 de Enero, se establece el sistema de información sobre el maltrato infantil en Andalucía, la hoja de Detección y Notificación es un instrumento para la recogida de información sobre los casos detectados de maltrato infantil.

La hoja de notificación de la junta sería sencilla de rellenar:

- Si el maltrato es leve se derivará a AP para un seguimiento y continuidad de tratamiento
- Si el maltrato es moderado, se derivará a los servicios sociales comunitarios para hacer una investigación más detallada.
- Si el maltrato es grave se derivará al SPM para que se tomen las medidas oportunas.

La intervención profesional en este caso está basada en los siguiente modelos:

El modelo existencial de Germain, que nos permite analizar los problemas que surgen de las relaciones personales- ambientales, tratando de asignar al trabajador social el rol de facilitador del crecimiento del usuario, analizar los problemas y potenciar el proceso de ayuda. La relación entre el trabajador social y el usuario será una relación de ayuda, para lograr objetivos y el usuario enfoca sus problemas. Según el modelo existencial, Germain, retoma el concepto de adaptación entre el organismo y medio ambiente.

El modelo Funcional de Smalley, donde la relación entre el profesional y el usuario, es un proceso de ayuda, dejando el concepto de tratamiento. El profesional va a ser facilitador y orientador para que el usuario exprese sus capacidades y emociones para salir de su situación – problema. La institución tiene en cuenta por un lado, el contexto

(la propia institución y el lugar donde se desarrolla la atención al usuario) y por otro lado, como la mediadora de los problemas de los individuos.

El modelo de resolución de problemas de Rogers y Perlman, donde se entiende que el hombre está en constante evolución por lo que constantemente nos enfrentamos a situaciones – problemas diferentes. El problema surge cuando existen limitaciones económicas, psicológicas.

La relación entre el profesional y el usuario es un proceso de ayuda donde va a ver un intercambio de energías entre ambos. El objetivo sería por un lado, reforzar los recursos intrínsecos del usuario y por otro lado, movilizar los recursos externos, tanto a nivel humano como material.

Según Rogers, se basa en el proceso de relación de ayuda donde el profesional, el trabajador social, promueve el desarrollo. Tiene capacidad de reaccionar y debe tener la maduración suficientemente profesional y humana.

SISTEMA DEL SERVICIO Y TIPO DE SERVICIO EN EL QUE SE ABORDA EL CASO

La situación de maltrato infantil se detecta en el servicio de Neonatología y lo derivan a la unidad de trabajo social para su intervención.

Desde la unidad de trabajo social se estudiará la situación socio- familiar del menor a través de técnicas como son la entrevista a personas vinculadas, la cuál es para nosotros una vía fundamental de información y comunicación, se emitirá un informe de comunicación a otras instancias, (Atención Primaria, Servicios Sociales Comunitarios, Servicio de Protección de Menores) así como la realización de la entrevista al propio menor si procede.

Los profesionales que intervienen en el proceso y las funciones que tienen son las siguientes:

- Los Servicios Provinciales de Protección al Menor, deben asegurar la protección de los menores, así como aplicar las medidas que correspondan en cada situación y la dotación de recursos.
- Los Servicios Sociales Comunitarios, tienen como objetivo detección, prevención, valoración y un seguimiento de la situación.

En los casos que sea un Maltrato Grave o por derivación al hospital por parte de otros profesionales se emitirá un informe al Servicio de Protección al Menor comunicando la situación vía fax en el mismo día del ingreso a ser posible para que se tomen las medidas protectoras oportunas y se comunica una respuesta por parte del organismo, evitando el alta del menor hasta la comunicación de dicha respuesta.

En el caso que sea Sospecha y se valore una situación de riesgo social leve o moderado, se comunica a la zona para que se haga un seguimiento y valoración de situación a través de la hoja de continuidad de cuidados a la consulta de la Trabajadora Social.

Funciones del trabajador social:

- a) Atención social al paciente hospitalizado, optimizando situaciones problemas mediante la valoración, gestión y/o derivación de recursos, procurando apoyo

- psicosocial al paciente y familia facilitando su reinserción en la vida social.
- b) Aportar los datos sociales a la Historia Clínica y Diagnóstico Integral del paciente, evaluando su situación psicosocial, contexto familiar y cultural.
 - c) Planificación del alta hospitalaria de pacientes con problemática social añadida.
 - d) Asegurar la continuidad de atención social enmarcada en la metodología de procesos asistenciales implantados.

EL CASO RELATADO:

Desde el Servicio de Protección de Menores envían alerta sanitaria a la Unidad de Trabajo Social (UTS), para notificar que en caso de nacimiento del menor se informe a su servicio a fin de adoptar la medida de protección más oportuna.

Desde la unidad de Neonatología y obstetricia se cursa una interconsulta a la unidad de trabajo social, al sospechar una posible situación de riesgo social del recién nacido para que se realice la valoración social pertinente por nuestra parte.

Objetivos:

1. Valorar posible situación de riesgo social del menor.
2. Informar al órgano competente la posible situación de riesgo social del recién nacido
3. Coordinar con el resto de instituciones la continuidad de tratamiento social.

Hipótesis:

1. La unidad familiar no es competente para asumir los cuidados del recién nacido al alta
2. En caso de no intervención desde el órgano competente el recién nacido se encontrará en situación de desprotección.

Indicadores de Riesgo:

- Madre VIH que abandona tratamiento.
- No acude habitualmente a controles de embarazo.
- Cuatro hijos previos en acogimientos familiares.
- Pareja ex consumidora de sustancias tóxicas, sospecha de consumo actual.
- Desinterés tras el nacimiento del recién nacido, no acuden a visitas.
- Escasas habilidades para el cuidado del recién nacido.
- Fuertes episodios de conflictividad entre la pareja.
- Impresiona incapacidad intelectual no filiada de la madre.
- Escasos recursos económicos de la unidad familiar.
- Escaso apoyo por parte de la familia extensa.

Historia Familiar:

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR:

Madre del recién nacido: Sandra. Carece de titulación académica. Parada

Padre del recién nacido: Juan. Carece de titulación académica. Pensionista por incapacidad.

RELACIONES FAMILIARES:

Las relaciones con la familia extensa de los progenitores son inexistentes, durante su ingreso hospitalario no acuden familiares a visitarlos, ni al recién nacido.

Existen fuertes enfrentamientos entre la pareja siendo el personal sanitario testigos de los mismos.

SITUACIÓN LABORAL:

Juan es pensionista por incapacidad y Sandra está en paro y anteriormente no ha realizado ninguna actividad laboral.

SITUACIÓN ECONÓMICA:

Juan percibe una prestación económica de jubilación por incapacidad de unos 700€/ mensuales y Sandra percibe 400€/ mensuales de ayuda económica por ser víctima de violencia de género, de una pareja anterior.

VIVIENDA:

Conviven en un piso, propiedad de él, que está recién pintado y amueblado para la llegada del recién nacido, según manifiestan cumple los requisitos de habitabilidad para el menor, dato que no ha podido ser contrastado por la trabajadora social sus servicios sociales comunitarios.

DATOS DE SALUD:

Embarazo poco controlado y abandono de tratamiento de VIH durante el mismo.

VALORACIÓN SOCIAL:

RN de madre con VIH, conocida por nuestra unidad en anteriores ocasiones. Se sospecha incapacidad intelectual por parte de la madre que no tenemos constatada.

Existen períodos en los que la madre del recién nacido no acude a consultas en Medicina Interna para su seguimiento de VIH y ha llegado incluso a suspender el tratamiento.

Tiene cuatro hijos de anteriores parejas, los cuáles fueron desamparados y en acogimiento familiares, conocido por la Unidad Tutelar X del servicio de protección de menores.

Su pareja actual es pensionista por incapacidad, de la que percibe una prestación económica de unos 700€/ mensuales y ella percibe 400€/ mensuales de ayuda económica por ser víctima de violencia de género, de su pareja anterior.

Según manifiestan durante la entrevista están juntos desde hace dos años, él era consumidor de sustancias tóxicas antes de conocerla, ha estado cuatro años en proyecto hombre y al estar “recuperado” según refiere, deja el centro, pero vuelve a recaer, hasta hace unos meses que ha comenzado a ir a un centro de drogodependencia y dice no consumir absolutamente nada.

Conviven en un piso, propiedad de él, que está recién pintado y amueblado para la llegada del recién nacido, según manifiestan cumple los requisitos de habitabilidad para el menor, dato que no ha podido ser contrastado por la trabajadora social de zona.

Durante el ingreso desde el momento del parto, la madre no acude a visitar a su Bebé hasta pasadas 48 horas, al igual que el padre que no suele acudir al hospital, al referir estar “cansado” para venir todos los días desde su domicilio.

Se constatan escasas habilidades para el cuidado del recién nacido desde el servicio de Neonatología, la madre no acude a las tomas habituales, no acude a información médica, evita cambio de pañal y baño del recién nacido...

En varias ocasiones el personal sanitario ha presenciado fuertes episodios de conflictividad en la pareja, abandonando Juan la habitación y dejando a Sandra sola.

INTERVENCIÓN SOCIAL:

Desde la unidad de trabajo social del hospital las intervenciones que se realizan son las siguientes:

Notificación al Servicio de protección de menores, Unidad Tutelar X para que tomen las medidas oportunas. Se deriva a dicho servicio, en primer lugar en contestación a la comunicación de alerta sanitaria en

caso de dar a luz la paciente en nuestro hospital y en segundo lugar por detectar situación de riesgo social y se tomen así las medidas que consideren oportunas, valorando desde nuestra unidad y desde los Servicios Sociales Comunitarios la necesidad de tomar medidas de protección, en cuanto a desamparo provisional se refiere.

Comparecencia urgente a los padres del recién nacido con el Servicio de Protección de Menores para entrevista y valoración, con la mayor celeridad posible y evitar el alta hospitalaria sin la adopción de la medida más oportuna. No acuden manifestando el inconveniente de la distancia física.

Coordinación con los Servicios Sociales Comunitarios para remitir información actualizada de la situación de la unidad familiar. Su trabajadora social de referencia ha realizado múltiples intervenciones previas tanto con la paciente como con la pareja. Los informes de dichas intervenciones son remitidos al servicio de Protección de Menores para ampliar información de la situación de riesgo social, teniendo en cuanto entre otros antecedentes, el acogimiento de los cuatro menores de la madre del recién nacido.

Desde el Servicio de protección de menores se decide adoptar medida de seguimiento e intervención a través del Equipo de Tratamiento Familiar, a pesar de no concordar con la valoración realizada por esta unidad y los Servicios Sociales Comunitarios.

Al alta, el recién nacido se marcha al domicilio con sus progenitores, y deberán acudir a la cita con los Servicios Sociales Comunitarios.

Los progenitores no acuden a las citas con los Servicios Sociales Comunitarios ni el Equipo de Tratamiento Familiar, no se pueden llevar a cabo las visitas domiciliarias por dificultades de localización, la trabajadora social se encuentra con la problemática añadida que cada vez que realiza visita al domicilio, o no están o no abren la puerta. Tampoco acuden a las citas programadas en el Hospital para el control del seguimiento del riesgo de transmisión vertical del VIH.

Esta situación de incumplimiento se vuelve a comunicar al Servicio de Protección de Menores desde nuestra unidad y desde los Servicios Sociales Comunitarios.

Desde el Servicio de Protección de Menores citan nuevamente a los progenitores y firman un compromiso con los padres sobre tareas relacionadas con el cuidado del menor, controles de tóxicos en orina.... Solicitándose informes a Servicios Sociales Comunitarios para valorar dicho cumplimiento o establecer otro tipo de actuación.

En el transcurso de la verificación de adopción de medidas, el padre hace una comparecencia por escrito en la que dice querer dar a su hijo en adopción, ya que la situación familiar no es la más adecuada para criar al menor, la madre no está conforme y se lleva al niño a casa de una hermana con la que comienza a convivir. El padre del recién nacido fallece a los pocos días de dichos sucesos.

Según referencia de los Servicios Sociales Comunitarios, las condiciones de habitabilidad y la situación socio-familiar de la hermana con la que convive en estos momentos la madre y el recién nacido no es la más adecuada para él.

Al continuar sin acudir a las citas de pediatría para el seguimiento del riesgo de transmisión vertical, lo volvemos a comunicar al Servicio de Protección de Menores, desde el cuál nos refiere la trabajadora social que son conocedores de toda la situación de desprotección.

Nuevamente es citada por el Servicio de Protección de Menores y en la actualidad se han trasladado al domicilio de otra hermana que parece que asume los cuidados y la situación familiar podría ser más apta, pero continúa sin acudir a cita en pediatría.

Discusión planteada:

Nos planteamos si la medida que se adopta al alta por parte de SPM es la adecuada, teniendo en cuenta que los Servicios Sociales Comunitarios que son los que con anterioridad conocen la situación familiar desaconsejan dicho alta con sus progenitores.

La valoración desde nuestra unidad durante su ingreso hospitalario constata la situación de desamparo, teniendo como antecedentes, cuatro hijos anteriores en situación de acogimiento familiar, que no acuden a las

citas que se pautan antes del alta hospitalaria, la escasa visita al servicio de neonatología a visitar a su hijo durante el ingreso, los conflictos y situación personal de la pareja, así como el abandono del tratamiento del VIH...

Tras el alta continúan los factores de riesgo añadidos, como la ausencia a consultas del recién nacido, siendo de gran importancia para el desarrollo de su salud, incumplimiento del seguimiento pactado, la falta de localización premeditada de la pareja ante los Servicios Sociales Comunitarios... ¿quizás no son indicadores suficientes para definir la situación de riesgo social que de lugar a una medida de desamparo provisional?; ¿se podría evitar un desamparo posterior y más dramático? ¿Ha sido correcta la intervención de las instituciones que hemos trabajado la situación relatada?

BIBLIOGRAFÍA:

Colom (1991) "La Planificación del Alta Hospitalaria". *Revista de Trabajo Social y Salud* nº 10.

Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Sistema de Información sobre el Maltrato Infantil en Andalucía

Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Participación. Plan Integral Andaluz de SIDA.

Decreto 3/2001, 7 de enero por el que se establece el sistema de información sobre el Maltrato Infantil en Andalucía.

Decreto 81/2010 de 30 de marzo, de modificación del Decreto 3/2001, de 7 de Enero, por el que se establece el Sistema de Información sobre el Maltrato Infantil de Andalucía.

Dirección General de Infancia y Familia. Consejería de Bienestar Social. Junta de Extremadura. "Nociones básicas sobre el maltrato infantil"

Generalitat Valenciana (2002). "El papel del ámbito sanitario en la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil".

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (1995) "Necesidades de la infancia y Protección infantil. Actuaciones frente a los malos tratos y desamparo de menores"