



L'atenció global del nadó d'alt risc*

A. Camino i Taboada, MT. Pi-Sunyer i Peyri, A. Zuasnabar Cotro, F. Domingo i Salvany, M. Gili i Ribes, C. Bregolat i Ruíz, C. Fraile i López, P. Pérez i Olarte

Per què parlar de l'atenció global als nens de risc?

A. Camino Taboada

Neuropediatre. Institut Municipal de Disminuïts. E.I.P.I. Nou Barris

Introducció

No seria agosarat, per la meua part, afirmar que el tema de la prevenció ha estat sempre una de les fites consubstancials de la pediatria.

Els pediatres han jugat un paper molt important en la millora de l'atenció obstètrica i, no cal dir-ho, en l'atenció perinatal. La universalització de les campanyes de vacunacions i els progressos en la nutrició infantil han estat mesures preventives que han determinat, en pocs anys, un dràstic descens de les taxes de mortalitat i morbiditat en aquest grup poblacional, fins al punt que sembla difícil rebaixar-les significativament en un futur proper, si no es produeixen progressos científics i tecnològics impossibles de predir en aquest moments.

Ara per ara, el rumb de la pediatria, progressivament escorat cap el cantó de la prevenció, haurà d'intensificar-se per satisfer la tendència creixent de la demanda de la població del nostre país que, igual que succeeix en altres països desenvolupats del nostre entorn geogràfic, ja no s'accontenta amb rebre de la xarxa assistencial el tipus de mesures preventives que acabem de descriure, per evitar la mort o la malaltia dels infants.

Les famílies, en els moments actuals, tenen cada cop menys fills. Només, gairebé, els que volen i quan els volen. Per tant, les seves expectatives envers els fills s'orienten, un cop garantida la seva supervivència i reduïda la probabilitat d'emmalaltir, a obtenir de la xarxa sanitària, la màxima garantia per assolir tot el seu potencial humà.

Immersos com es troben en un medi socio-econòmic i cultural extraordinàriament competitiu, cerquen

l'optimització del desenvolupament físic i mental dels seus fills.

Dins aquest marc econòmic, social i cultural, quan l'infant es veu afectat per alguna deficiència, les conseqüències que se'n deriven, per al propi nen i per a la seva família, són d'un extraordinari dramatisme. El handicap que posa en perill tant el present com el futur de l'infant i que trunca, de sobte, els projectes i les il·lusions de la família, genera un sofriment incalculable.

A més, aquesta situació generarà també importants despeses econòmiques i tindrà uns elevats costos socials. El que abans suposava un problema exclusiu de la família afectada, sense gaires repercussions socials, ara, amb la ràpida incorporació de les dones al mercat de treball productiu, es traspasa el tradicional paper curador d'aquestes, com a mà d'obra gratuïta, a tot el conjunt social.

És cert que existeix un interès progressiu d'una gran part dels professionals de la salut, per anar adequant la seva tasca a les noves exigències que se li plantegen, com ho demostra el nombre cada cop més gran de treballs, reunions científiques, publicacions, etc., que s'adrecen a dissenyar i avaluar programes de seguiment de determinades mostres d'infants en situació de risc de patir deficiències en el seu desenvolupament.

Tanmateix, observem també que aquestes iniciatives es concentren sobretot en determinades estructures de la xarxa assistencial. Altres, com els Centres d'Assistència Primària, marxen amb un pas molt més lent o resten absolutament marginades d'aquest procés d'incorporació de nous objectius assistencials.

* II Reunió conjunta de la Societat Catalana de Pediatria i l'Associació Catalana d'Atenció Precoç. Barcelona, 1992.

Constatem, a més, com aquest interès, quan existeix, desafortunadament es polaritza, gairebé de manera exclusiva, en grups d'infants d'alt risc biològic. Al mateix temps, els responsables d'aquests programes de seguiment fixen merament els seus objectius en la detecció precoç dels possibles trastorns emergents. Se situen com a simples observadors de l'eclosió de la patologia del desenvolupament, i donen únicament testimoni d'aquesta dramàtica realitat quan es produeix.

Des de l'àmbit de l'Atenció Precoç, no ens deixa d'amoïnar aquesta actitud, perquè suposa, en la nostra opinió, un veritable desaprofitament de possibilitats preventives dels recursos assistencials.

Pensem que el repte que la societat actual i del futur planteja a la xarxa d'atenció pediàtrica és molt important i estem convençuts que no es podrà afrontar de manera satisfactòria si no es contempla des d'un enfocament multidisciplinari i en el marc d'una òptima coordinació de tots els recursos que eviti sistemàticament l'aïllament

dels professionals i l'eclosió de dispositius assistencials paral·lels, amb funcions superposades.

Aquesta xarxa no es podrà conformar, com fins ara, amb assegurar un dispositiu de seguiment suficient, només per a unes determinades mostres d'infants, sinó que haurà de fer possible per a tota la població infantil del nostre país una atenció eficient i eficaç per identificar totes les variables de risc: les biològiques i les de tipus psico-social, que incideixen de manera diversa sobre el desenvolupament. Haurà de respondre també amb intervencions precises, un cop identificades aquestes situacions de risc, per tal d'assolir la prevenció dels trastorns i la promoció de la salut de tota la població infantil.

Volem contribuir, encara que modestament, a dinamitzar el procés de transformació de la nostra xarxa d'Atenció Pediàtrica, de manera que tots els sectors implicats en aquesta situació de canvi ens engresquéssim a repensar el paper que hauríem de jugar i les estratègies precises per aconseguir-ho.

Reflexions entorn de l'embaràs i el nen de risc

MT. Pi-Sunyer i Peyri

Dra. en Psicologia Clínica. Grup d'Atenció i Assessorament Salut i Maternitat.

L'embaràs és un moment de transformació per a la dona. És un moment on s'enfoca la identitat pròpia i la del company vers un nou ser que prolongarà les expectatives de cada un, amb intensitat. La dona necessita sentir-se considerada i atesa per l'entorn familiar, social i mèdic. Si no és així, si no se sent escoltada, és difícil que ella trobi lloc per al fill.

La maternitat, i sobretot la primera, concentra les crisis d'identitat en la dona, com a filla que és de la pròpia mare, com a mare que ella ha de ser.

El fill és el resultat d'un desig, la seva traducció, substituït d'una mancança. És l'esperança de fer diferent, de canvi, de renovació. Que, encara, alguna cosa pendent és possible.

Un fill imaginari que sempre estarà insatisfet dels fills nascuts i per això sempre hi ha l'anhel d'un altre fill pròxim que serà millor, d'una nova maternitat que permetrà ser una mare millor.

Com més el fill imaginari s'hagi fortament representat per la mare abans del naixement, més l'acceptació real serà decebedora.

El fill és constituït per xarxa de representacions que el pre-existeixen, portador de problemes libidinals inscrits en la biografia dels pares i ascendents. En el seu cos i psiquisme és el lloc de representacions del capital dels pares. Lloc a fer i a refer constantment al llarg de la vida i que lluita amb el lloc previst, en la recerca de crear una identitat pròpia que pugui ser reconeguda pels genitors.

El fill no pot respondre a tot el que d'ell es demana, i, doncs, per als pares, el fill no resulta ser tan salvador com semblava. Cada cop s'assembla més als defectes de cada un d'ells. La imatge de mare i pare també s'ha d'anar adaptant a la nova realitat, que es distancia de la somiada.

Com diu Monique Bydlowsky, psicoanalista en el servei del Dr. Papiernik a París, «la vida psicològica comença amb el desig del fill per part dels pares».

Cada fill té la noció d'haver estat objecte d'amor o d'hostilitat des dels seus inicis.

La pregunta d'un fill als seus pares: «per què m'heu fet néixer?», o, el que és el mateix, «d'on vinc?», busca

conèixer el lloc que ell ocupava en el punt de confluència de la història de cada un d'ells. La resposta a aquesta pregunta fonamental, la seva facilitat o dificultat a posar-la en paraules, o a voler-la evitar, deixa sentir al fill el lloc psicològic que se li va donar per poder-se humanitzar i deixar-lo créixer d'una manera autònoma.

En cada cas s'ha de veure com cada persona ha nascut a partir del que ja existia abans del seu naixement. També veure com la seva arribada transforma el sistema familiar, per regenerar una situació diferent que haurà, al seu torn, de transformar-se.

Les pors i inquietuds de la dona embarassada, que poden arribar a fer-se realitat, han de poder-se compartir amb altres dones embarassades per poder dir el que és sentit. L'angoixa es redueix en veure que les altres pensen el mateix, desculpabilitzant-se d'idees fantasmàtiques i agressives que formen part del procés de l'embaràs.

Durant l'embaràs i en un diagnòstic prenatal, pot detectar-se algun problema que pot trastornar l'enfocament dels pares vers el fill. Pot ser que allò que s'ha detectat no sigui massa important o sigui possible de pal·liar, però una informació donada precipitadament, o en un llenguatge inintel·ligible, pot desestructurar el mateix que una informació certa d'una anomalia més greu. El diagnòstic pot ser no entès pels pares i alguns no ho entendran fins més tard, molt més tard o potser mai, buscant de metge en metge un diagnòstic diferent i que puguin assimilar. Els pares tornen i diuen coses que semblaven que havien d'estar enteses des de feia temps —creient el professional que el que havia dit i fet ja era suficient.

La vulnerabilitat del fràgil equilibri que comporta portar a terme un embaràs pot bruscament girar-se cap a un sol sentit si el marc de la confiança i seguretat de l'equip no està present. Els pares estan en procés de ser-ho i se senten fàcilment abandonats quan algun senyal que no capten, que no poden dexifrar, apareix. Ells han de poder seguir endavant amb el seu desig del fill inicial, desig que s'ha fecundat i que ha de continuar essent. És molt fàcil perdre molt terreny en poc temps i molt difícil tornar a recuperar la confiança perduda i és l'equip sanitari que segueix el cas el que ha d'anar fent de mur de contenció per què els pares siguin tractats com a tals, sense que se sentin «pares defectuosos», sense donar models del que vol dir ser uns «bons pares». Això significa donar temps, ser prudent amb les paraules i també ser capaços de suportar el silenci i el sofriment, oferint una presència física que acompanyi a través de l'escolta i la mirada, perquè és a través de les mirades, també, que els pares detecten si les coses van bé o malament.

La transmissió i fluïdesa de l'equip fan sentir als pares que el diagnòstic no s'acaba allà mateix, per més

complex que sigui, sinó que l'equip estarà amb ells en tot moment, que no els deixarà sols. Donant accés a una visió de futur, on l'equip que controla la situació durant l'embaràs manté contacte amb els que hauran d'actuar i estar presents ja des del moment del part. Oferint una continuïtat i un sentit de permanència, que és la base perquè els pares mantinguin una identitat.

Si l'equip ha de donar continuïtat al seguiment del fill, també ha de coordinar la xarxa d'atenció especialitzada en cada cas, introduint perspectives que protegeixin el nen i els seus pares d'un aïllament poc recomanable.

Fent sentir als pares involucrats, útils, que participin en la millora del seu fill. Que no se sentin observats en les seves dificultats, sinó al contrari, a través del seu valer. Anomenant els límits del nen al mateix temps que el seu potencial, com a ésser humà sencer, portador de capacitats a posar en evidència i a estimular. Evitant la noció d'anormalitat que pugui recobrir la imatge global del nen, en una sola etiqueta negativa.

Els pares demanen ser reconeguts, malgrat la imperfecció del fill, com a capaços de ser portadors d'un projecte de vida per al fill. Ells han d'entendre que podran dedicar-se al fill a condició de ser recolzats. El recolzament de l'equip els permetrà concentrar els seus esforços com a pares.

També hi ha a vegades pares que no diuen quasi res i no «posen problemes». Són els casos que callen els que poden amagar una problemàtica que no és capaç ni tan sols d'insinuar-se. Sembla que els casos més vistosos siguin els més evidents a posar en alerta. Criteris molt arrelats com aquest, o com els que defineixen el risc social, mèdic o psicològic, la noció de normalitat, una relació bona o dolenta, o el predomini de forces de vida o de mort, s'han d'anar no tant definint —perquè com més es defineix un concepte més distanciat queda el que no s'ha inclòs en la definició— sinó obrint-se, ampliant-se, en una adaptació constant a la realitat de cada cas. Els límits han d'anar essent cada cop més flexibles. Criteris que no quedin subjectes a la visió personal de cada professional, a la seva visió pròpia del món, tenint com a única referència la pròpia forma d'organitzar-se, de viure, de percebre l'entorn.

Poder acceptar el deixar passar el temps, poder tenir sorpreses i adaptar-se a elles, poder improvisar, distanciar l'efecte estimul-resposta, tan practicat en un medi accelerat.

Els equips d'atenció es van adonant que la millor manera d'ajudar les dones en dificultat, particularment quan estan envaïdes d'una gran angoixa, és d'entrada el parlar-ne junts, escoltar el testimoni de cada u i intentar aportar la resposta conjunta més adequada.

Quan una pacient està en dificultat, si l'equip la tranquil·litza dient «no passa res, tot anirà bé», mal senyal! Ella s'ha de sentir recolzada a partir del reconeixement del que no va bé. És llavors quan ella pot reconèixer el seu fill, diferenciant-lo del seu propi malestar, sense confusió, evitant un possible rebuig del fill.

El rigor mèdic ha de poder anar acompanyat d'una possibilitat de posar en paraules el sofriment. El metge, amb la seva incidència tècnica, dona molta seguretat a la dona embarassada, mentre ella entengui en les seves paraules el que li està passant i se senti partícip del procés de la gestació. El gran efecte psicològic que poden tenir els actes mèdico-tècnics juguen directament amb la interacció que s'està establint entre mare i fill. És amb el metge amb qui ella vol compartir les seves pors, dubtes i fantasies. També és el metge el qui ha de poder demanar una consulta més especialitzada en els casos en què els dubtes es tornen repetitius i problemàtics. És en un apropament constant que s'han de poder trobar les diferents professions, reconeixent el buit que queda més enllà de la pròpia pràctica, que perquè estigui ben acabada necessita dels altres. Apropament fet amb ganes d'aprendre, de descoberta, d'observació de l'entorn, perquè, com diu el psicòleg Jean Birouste, de Montpel·lier, «l'obertura sobre el no-saber és la forma més elaborada del saber».

I quan el nen neix i es confirma el problema, es precipiten les respostes contradictòries, si un treball unitari no s'ha anat elaborant amb anterioritat. Respostes com «aquí el té, ja s'ho farà», o «li ha tocat la loteria», o «tingui, faci el que vulgui», al moment de lliurar la criatura, són encara quotidianes que contrasten amb la sensibilitat professional d'altres equips.

El dret a la qualitat de vida, fins a quin punt la vida val la pena viure-la (o mal viure-la) en condicions d'extrema fragilitat —que cada cop més l'avanç científic possibilita— són preguntes que ens fan creure que la vida no és un bé absolut en si, i que hi ha naixements que són sobretot desestructuracions per a pares i fills.

En l'inconscient de tots, una dona dona la vida, no la mort. Davant la mort del fill, la dona es pregunta: «per què m'ha passat a mi?» L'equip també es pregunta: per què els ha passat a ells.

Davant la pèrdua d'un fill, la impressió de malestar, que es perd quelcom insubstituïble i la necessitat de fer el dol, és compartida pels pares i l'equip. Sense que s'hagi de precipitar l'oferta massa ràpida d'un nou fill, que faci passar per alt el temps necessari d'adaptació a la pèrdua.

No és fàcil per al metge tenir una darrera l'altra demandes contradictòries. Des de la que vol fer una interrupció voluntària d'embaràs perquè no l'accepta, fins a

la que vol al preu que calgui un fill després d'anys d'esterilitat, passant per l'embaràs il·lusionat en què sorgeixen problemes inesperats i acabant pel naixement prematur d'un fill d'una mare adolescent. Demandes totes elles específiques, concretes, amb respostes que necessiten ser úniques. Entremig, també, d'embarassos sans que acaben amb un nen a terme, sa i viu, embarassos gratificants per a tothom i que a cops perdem de vista, massa immersos en la noció de risc.

En la comunicació entre professionals, cada un d'ells ha de saber a qui parla i des de quin lloc parla, saber estar situat en el moment en què es viu, i saber que la comunicació vol dir poder ser entès pel qui escolta per poder, en el seu temps, obtenir resposta. No predicar conceptes que vénen des d'un sol sentit i que més aviat creen malestar, per desconsideració al qui vol entendre i que no entén.

Per ser entès, s'ha de ser portaveu dels qui difícilment tenen veu pròpia, transmetent el que s'ha rebut a través de l'escolta dels pacients per poder-los retornar, en el seu benefici, el que s'ha pogut discutir amb altres professionals, en un llenguatge comú.

Lluny d'idees a vegades artificials i costoses, els programes preventius, que tant de temps fan guanyar als nens de risc, poden ser poc costosos i molt eficaços. Però es tracta d'una eficàcia que es deixa veure poc, si el que es busca són resultats immediats, i que a vegades no s'inclou en l'ordre de prioritats. Programes que sàpiguen aprofitar els recursos de qualitat que ja existeixen i que bàsicament manquen de coordinació. Que parteixin de les dificultats i no solament dels èxits, del que és difícil reconèixer, que vol dir posar-se en qüestionament davant dels altres i d'un mateix, acceptant una renúncia a l'omnipotència. Considerant els membres sanitaris que tenen una implicació directa amb el pacient, en un treball poc reconegut i que necessita un reforç constant —que poc sovint hi és— per poder oferir la seva dedicació als altres.

Ningú no ha ensenyat al metge, a les infermeres i altres membres sanitaris com fer-ho, com actuar davant la dificultat, i és en una adaptació constant entre el que s'ha après i la realitat de cada dia, en un compromís constant, que es van confirmant les formes d'actuació a través de l'adequació de les respostes del pacient i dels seus familiars.

El treball solitari que representa la recerca de la veritat, ha de poder ser evitat per l'espai sempre insatisfet del desig, que és el que fa continuar endavant amb curiositat, i no per la saturació de la satisfacció del saber.

Entre tots s'ha de poder fer el dol d'una maternitat ideal, de la felicitat absoluta de ser mare, que permeti a

l'equip acceptar millor la dona que no pot ser-ho fàcilment, sense que el decebi. Qüestionar-se la representació de la maternitat vol dir admetre l'ambivalència que existeix vers cada nen, barreja subtil d'amor, de rebuig que tota dona, tot home i cada membre de l'equip sent per al nen.

El professional sanitari ha d'estar present per mantenir el nivell d'expectatives d'acord amb un concepte humanitzat i no amb un d'alta exigència de qualitat, on la

perfecció no tolera cap defecte. No tancar la dimensió del fill com un producte exquisit que no resisteix cap imprevist ni frustració.

Cada professional ha de poder actuar amb una profunda reflexió del que està en les seves mans i que senta precedents de cara a un ser humà futur, que no per perfecte hagi de deixar de ser un ésser humà global, on la seva riquesa només pugui valorar-se a través de les seves deficiències.

Atenció perinatal del nounat d'alt risc

A. Zuasnabar Cotro.

Unitat Neonatal. Servei de Pediatria. Hospital General de Granollers.

La vida pre i postnatal forma part d'un continu el nexa d'unió del qual és el moment del naixement.

El risc d'emmalaltir o de morir per al fetus i nounat depèn fonamentalment de la història prenatal, de la durada de la gestació, de les circumstàncies del naixement i de la patologia neonatal. La patologia psicosocial que afecta la mare, el pare i també el fill pot aparèixer abans o després del part, aïllada o bé sobreposada als problemes de causa orgànica.

Els equips d'assistència perinatalògica treballem amb l'objectiu de disminuir el risc biològic dels fetus i nounats. La supervivència en els diferents grups de risc va augmentant i estem obligats a intentar reduir les seqüeles en ells. En el camp del risc psicosocial, que ens és menys conegut, l'èxit ja no és tan evident. La gestació sovint precipita conflictes latents en els pares o la família, i la malaltia del fetus o nounat té un efecte potenciador d'aquesta situació. L'enfocament adequat d'aquest tema requereix la intervenció d'un equip de professionals amb els quals no solem comptar en els nostres hospitals.

Totes dues vessants de la malaltia, la biològica i la psicosocial, que afecten la mare i el seu fill, poden presentar-se des del moment de la concepció fins a aquell en què el nen ja és a casa. Tot el personal sanitari responsable de tenir cura de la gestant i del nen ha de procurar la seva detecció precoç per decidir la intervenció adequada.

En la gestació, un bon control defineix nivells de risc que han de rebre atenció immediata. Posteriorment, en

el part i durant el període neonatal, hem de tenir cura sobretot dels grans capítols següents: prematuritat, asfíxia perinatal, infecció i malformacions congènites. Fins fa ben poc, a les unitats neonatals estàvem sobretot orientats a treballar amb el nounat patològic. Molts de nosaltres, intuïtivament, també consideràvem el context familiar i social en què ells viurien, però no era rar que, en la urgència de cada dia, aquest enfocament quedés relegat.

En la nostra experiència hi ha mesures senzilles enfront de la família d'un nounat ingressat a la unitat neonatal, que són d'utilitat pràctica:

1. Accés liberal de mare i pare a la unitat. Afavoreix el contacte amb el nen des del principi, millora la comprensió de la seva malaltia, promou la col·laboració en la cura i l'alimentació, facilita la lactància materna.
2. Informació puntual a pare i mare sobre el motiu d'ingrés del nounat, el nivell d'assistència que requereix, el grup de risc al qual pertany, l'evolució de la malaltia. L'estimulació del diàleg i les adequades respostes a les preguntes faciliten la integració dels pares al procés assistencial. La informació ha de ser freqüent durant les etapes d'inestabilitat del pacient, i, fora d'això, s'oferirà en horaris preestablerts.
3. Observació de l'actitud dels pares dins de la unitat neonatal (les infermeres tenen aquí un paper destacat) i recollida d'informació complementària sobre factors que incideixen sobre la conducta

dels pares. En general nosaltres mateixos intervenim per solucionar situacions senzilles i, en casos de major risc per a l'estat clínic del nen o l'activitat dels pares, sol·licitem la intervenció de l'Equip d'Atenció Precoç des del començament.

4. L'alta del nounat pressuposa la resolució de la seva malaltia i, a més, la capacitat dels pares de tenir-ne cura a casa. La preparació de l'alta i del seguiment situa les famílies que necessiten resoldre prèviament altres problemes. Nosaltres de vegades adoptem una alta escalonada. Es comença per alta d'unes quantes hores i es va ampliant el temps fins que el nen es queda definitivament a casa. Sempre ens assegurem que hi hagi prou ajuda per a la mare, que l'alliberi transitòriament de les preocupacions de la llar i li faciliti adaptar-se a les seves noves tasques maternals.
5. Al cap de les 48-72 hores de l'alta comprovem la bona marxa del procés en una breu entrevista, i a partir de llavors transferim l'assistència al pedia-

tre de capçalera. En els nens de risc neurològic o que no tenen l'alta definitiva es concerten visites de seguiment en el nostre hospital o en un altre de referència, i també la intervenció de l'equip d'estimulació precoç.

6. En cas de mort del nounat s'informa als pares i se'ls assisteix facilitant-los el contacte amb el fill; es sol·licita sempre l'autòpsia i aquesta s'autoritza la majoria de les vegades. Les troballes macroscòpiques de l'autòpsia que són rellevants s'informen quan es lliura a la família l'informe assistencial del nounat, i conjuntament s'ofereix consell genètic si és necessari. Mesos després s'ofereix l'informe definitiu amb la correlació anatomo-clínica.

Finalment volem destacar la importància de detectar patologia orgànica i/o psicosocial en nens que no requereixen ingrés. Veiem beneficis de mantenir els nens allotjats prop de les seves mares, minimitzant els ingressos. Així afavorim la relació de pares i fills i permetem la instal·lació d'una lactància materna d'èxit.

La prevenció primària dels maltractaments

F. Domingo i Salvany.

Pediatre extrahospitalari de Balaguer (Membre de l'Associació Catalana per a la Infància Maltractada).

Cal cercar la manera d'ajudar les famílies a fer front a les dificultats de relació envers llurs fills per tal d'evitar que sigui l'infant qui rebi, finalment, les conseqüències d'una situació injusta. La informació sobre les dificultats normals que el creixement de l'infant provoca i una actitud receptiva per part dels professionals que permeti als pares la verbalització de llurs problemes són mesures efectives per evitar l'aparició de situacions de tensió, i per descarregar aquesta tensió en cas que ja existeixi. A diferents estats d'Europa aquesta actitud preventiva envers els problemes maternals i infantils motivà, ja fa temps, la creació d'organismes i estructures (la Protecció Maternal i Infantil) destinades específicament a aquests períodes¹.

En el cas dels maltractaments infantils la prevenció primària va destinada a tota la població atès que tots som maltractadors potencials dels infants. Entenem com a maltractament qualsevulla actitud de violència física i/o psíquica, de fet i/o d'omissió per part de les per-

sones i/o institucions de què depèn el bon desenvolupament de l'infant². Atès que a l'origen del maltractament hi ha un problema de relació entre l'adult i l'infant caldria instaurar mesures preventives abans que aparegui aquesta fase de disfunció afectiva. De fet, allò que hom pretén és la prevenció de la fragilitat familiar. La manera de fer-ho efectiu pot resumir-se en els quatre punts següents³:

1. Potenciar el paper dels professionals per tal que coneguin la magnitud del problema i els recursos de què disposen per afrontar-lo.
2. Eliminar, o fer minvar al mínim, les circumstàncies ambientals que poden desencadenar situacions de maltractament.
3. Augmentar les defenses dels individus davant les situacions de tensió per aconseguir que els sigui més difícil arribar a maltractar un infant. Hom pot actuar en dues vessants:

- a) Elevar la tolerància a la frustració i oferir alternatives a la utilització de la violència com a mètode correctiu.
 - b) Educar els pares, i els futurs pares, sobre el comportament normal i les atencions que un infant demana.
4. Detectar i donar tot l'ajut i el suport social necessari als individus que han estat maltractats de petits per tal de trencar el ja conegut cercle intergeneracional de pare maltractat de petit igual a fill maltractat.

És durant els primers anys de la seva vida que el nen és, a més de més fràgil i vulnerable, més exigent en atencions i afecte i més exposat a ser maltractat o abandonat pels seus pares. L'embaràs i el període perinatal són, doncs, fases privilegiades per aplicar un programa de prevenció primària⁴. L'embaràs és el moment adient per reconsiderar el funcionament familiar, procurar reorientar els conflictes existents i preparar el terreny per a una bona acollida al futur fill. Cal intervenir principalment sobre aquelles famílies en les quals els pares han estat víctimes de maltractaments de petits i/o que presenten un risc clar de negligència. Tots els pares tenen, durant l'embaràs i el període perinatal, sentiments d'ambivalència que, la majoria de les vegades, es resolen normalment. Si no és així aquests sentiments poden menar a la instauració d'una relació patològica perillosa. És per tot això que hom troba a faltar en aquesta taula rodona l'aportació dels ginecòlegs i les llevadores. Caldria fer un esforç per aprendre a treballar en equip en benefici de l'infant ja abans que neixi, i preparar l'arribada de la millor forma possible.

Els dies d'hospitalització immediatament posteriors al part són, juntament amb els anys dels estudis secundaris, les consultes prenatales i els mesos d'incorporació dels fills a l'escola, els períodes de la vida dels pares —o futurs pares— en el qual són accessibles a un programa massiu d'intervenció⁵. Pel que fa als anys d'estudis secundaris els cursos de 14-16 anys que seran d'escolarització obligatòria a partir de l'aplicació de la nova Reforma Educativa esdevindran una fase òptima per donar a conèixer als adolescents què és i què demana un infant. Les escoles de pares, encara poc arrelades a casa nostra, haurien de servir per ajudar-los en el tracte amb llurs fills.

Lally⁶, centrant-se en els períodes prenatal i perinatal, apunta que les mesures preventives que cal plantejar-se per tal d'evitar l'aparició de situacions de risc són les següents:

1. Fomentar les oportunitats que permetin establir una relació emocional positiva entre mares i fills.

El contacte precoç un cop nascut l'infant, l'al·lactament matern o el «rooming-in» són situacions afavorides d'aquest vincle emocional.

2. Ajudar a reduir els sentiments de solitud i aïllament i instaurar un treball de suport als pares durant el darrer trimestre de l'embaràs, el període perinatal, els dies crítics del retorn a casa i el primer any de vida.
3. Ajudar els pares a conèixer llurs propis missatges i a llegir i comprendre correctament els que llur fill els dirigeix.
4. Procurar reduir la incidència de situacions-problema i les condicions ambientals originàries d'abusos i maltractaments.
5. Informar sobre les necessitats que un infant té, les atencions que ha de rebre i les característiques normals del seu desenvolupament i de la seva conducta. La informació de l'evolució normal de l'infant a cada edat, com a guia anticipatòria sobre aquest comportament, pot ser molt útil per entendre les dificultats de «pujar» un nadó. El document «Atenció, fràgil»⁷ té, aquí, la seva màxima utilitat.

El document «Atenció, fràgil» pretén ser un instrument que ajudi els professionals a establir un diàleg i una relació positiva amb els pares, tots els pares, i no solament per a les famílies a risc. A més, és un bon mitjà d'informació sobre l'evolució de l'infant i alguns dels moments difícils que poden aparèixer en el decurs del seu desenvolupament. Atès que aquesta evolució de l'infant, i les expectatives dels pares envers ell, no són exclusives de les famílies socialment desfavorides creiem que val la pena lliurar-lo a totes les famílies que han tingut un infant. Pot ser útil per evitar que apareguin situacions de risc a causa de comportaments del tot normals en l'evolució de l'infant que els pares, a causa de llur aïllament o depressió, senten com una agressió. La distribució impersonal o per correu, però, no permet establir un diàleg sobre el contingut del document. És per això que fora bo que es lliurés als pares en el decurs d'una visita prenatal o neonatal. La freqüent consulta pel còlic del primer trimestre pot ser, per exemple, una situació ideal per fer-ho, pel que fa als pediatres. El professional que es trobi, però, en la millor situació per establir aquest diàleg (la llevadora, la infermera pediàtrica, el metge de capçalera, la puericultora a domicili —per quan?—) és qui hauria de fer-ho. I no és cap problema, ans al contrari, que sigui més d'un qui parli d'aquest document. Caldria cercar al tipus de distribució més efectiva i útil per als pares.

Bibliografia

1. Domingo i Salvany F. Reflexions sobre la salut de la mare i de l'infant. El sistema de Protecció Maternal i Infantil a França. *But Soc Cat Pediatr* 1987; 47: 285-302.
2. Associació Catalana per a la Infància Maltractada: Tríptic informatiu. Barcelona 1989.
3. Domingo i Salvany F. Predicció i prevenció de l'abandonament i el maltractament a l'infant. *But Soc Cat Pediatr* 1985; 45: 209-215.
4. Marneffe C, Soumenkoff G, Hubinont J. La prevention primaire des mauvais traitements à l'enfant: une approche systemique dans un service obstetrique. *AFIREM Information* 1984; 9: 639-645.
5. Rosenberg NM, Meyers Sh, Shackleton N. Predicción de malos tratos a los niños en el contexto ambulatorio. *Pediatrics* (ed esp) 1982; 14: 431-434.
6. Lally SD. Three views of child neglect: expanding visions of preventive intervention. *Child Abuse and Neglect* 1984; 8: 243-254.
7. Associació Catalana per a la Infància Maltractada: Atenció, fràgil! Adaptació catalana del document belga fet per l'ONE. ACIM. Balaguer 1990.

Possibilitats de la consulta d'infermeria en l'atenció global als infants de risc

M. Gili i Ribes, C. Bregolat i Ruiz.

Infermeres del CAP de La Guineueta. Barcelona.

La Unitat d'Infermeria de Salut Infantil del CAP Guineueta està formada per dues infermeres que treballen en equip amb els sis pediatres del torn del matí. La consulta compta també amb la col·laboració, un dia a la setmana, d'un neuropediatre de l'Equip d'Atenció Precoç del Districte de Nou Barris. Fins fa poc també hi col·laborava una psicòloga del CAP.

Durant l'any 1990 es van fer 205 primeres visites en aquesta Unitat d'Infermeria i van ser visitats un total de 500 nens menors de 2 anys.

La nostra participació en aquesta taula rodona com a infermeres d'aquesta Unitat ve motivada pel fet que, malgrat que no està ubicada en una Àrea Bàsica de Salut, pensem que en col·laboració amb la resta de l'equip pediàtric podem donar una atenció integral i integrada al nen i a la seva família. Això ha de permetre identificar i intervenir en les situacions de risc.

La nostra aportació es basarà en la nostra experiència de treball que és el resultat d'un aprenentatge continuat i d'una autoavaluació constant de la nostra feina.

La consulta d'infermeria es va iniciar a finals de l'any 87. El seu objectiu era el seguiment del nen sa per prevenir i detectar possibles problemes. Es tractava d'incidir bàsicament en les necessitats biològiques com alimentació, creixement i vacunació. En el desenvolupament d'aquestes tasques i malgrat que es tractava de nens sense risc biològic, vàrem comprovar que sorgien alguns problemes que dificultaven el compliment dels objectius marcats.

Coincidint amb tot aquest procés l'Equip d'Atenció Precoç del Districte va contactar amb el CAP. La col·laboració entre aquest equip, la psicòloga del centre i les infermeres de la consulta, va permetre iniciar un treball conjunt que amplià els objectius prefixats. Es van incorporar els de la detecció precoç de les alteracions del desenvolupament i la intervenció en les situacions de risc biològic i/o psicossocial.

Per assolir aquests objectius s'ha anat modificant l'enfocament de la consulta. Destacarem com a més importants l'actitud del professional i la metodologia utilitzada.

L'actitud del professional

Per comprendre les dificultats dels pares, ajudant-los a superar-les i afavorir que ells mateixos se'n puguin sortir amb els seus propis recursos, cal que l'actitud del professional sigui d'escolta benevolent, i d'observació participativa.

Al mateix temps els professionals hem d'estar oberts a examinar i reflexionar sobre els nostres propis sentiments i reaccions davant el nen i la família. Això ens permetrà canviar les nostres actituds i respondre així de la manera més adient.

Cal tenir present també de no utilitzar els nostres coneixements professionals per imposar-los, sinó per informar i afavorir que siguin els pares els qui reflexionin i decideixin els canvis d'actitud i comportament necessaris perquè el desenvolupament del seu fill sigui òptim.

Els pares han de sentir que durant el temps de visita el més important per a nosaltres són ells i el seu fill.

Metodologia

Les visites a la Unitat d'Infermeria són sempre concertades i tenen una durada mitjana de 30 minuts cadascuna. La seva periodicitat és d'un cop al mes durant els primers nou mesos de vida i cada 3 mesos fins als dos anys. Aquesta programació sempre és susceptible d'adaptació, tant en freqüència com en durada de la visita, a les necessitats del nen i dels pares.

L'espai físic ha de ser suficientment ampli per donar un bon acolliment amb presència de joguines i decoració infantil!

Visita de seguiment

L'acolliment comença amb una entrevista oberta amb la família per tal de recollir les seves vivències en relació a l'experiència de criança del nen, les seves preocupacions i els seus dubtes. L'entrevista oberta es complementa amb la dirigida per obtenir informació sobre:

- L'alimentació: Característiques de la dieta (quantitat i qualitat), freqüència de les menjades, horari i forma d'administració, forma d'introducció i acceptació de nous aliments, etc... Amb el coneixement d'aquests aspectes i d'acord amb la mare introduïm les modificacions pertinents en el protocol general d'alimentació. S'intenta fomentar així una dieta equilibrada, sense greus transgressions dietètiques, i l'adquisició dels hàbits d'autonomia.
- La son: Ritme de son-vigília, hores totals de son al dia, espai per dormir, característiques de la son i actituds del nen i de la família. Això ens permet, si hi ha dificultats, entendre el seu origen i ens dona informació de com el nen i la família viuen la separació.
- Els canvis maduratius i les conductes del nen: Ens interessa recollir com els observen els pares, la interpretació que ells en fan i com els viuen.
- Observació i exploració de l'infant: Observem la capacitat d'atenció i vigilància, la manera com estableix contacte amb les persones i els objectes, les capacitats sensorials (visió i audició), la seva capacitat motriu, quant al control i canvis posturals, manipulació i desplaçaments. També observem la comunicació i expressió verbal, la capacitat de joc, com pot fer front als seus impulsos i com controla els estats de desplaer.

L'observador s'ofereix com a objecte en la interacció amb el nen, amb la perspectiva que aquesta interacció resulti engrescadora per a les dues

parts. Així el nen podrà manifestar, amb més facilitat, totes les seves capacitats. Alhora el professional possibilita el fet de ser observat pels pares en la seva relació amb el nen.

Durant aquesta observació intentarem recollir allò que el nen fa, com ho fa i, si no ho fa, en quines circumstàncies ho podria fer. Mentre dura l'observació respectem l'actitud dels pares i afavorim que puguin implicar-s'hi.

- Mesurament de pes, talla i perímetre cefàlic: Comparem les mides obtingudes amb les corbes de creixement estandarditzades. Utilitzem aquestes dades com a indicadors del desenvolupament físic del nen.
- Administració de vacunes: Es fa d'acord amb el calendari vigent de la Generalitat i autorització prèvia del pediatre i de la família.
- Entrevista de devolució: Es fa per transmetre als pares, de manera senzilla i assequible, el significat de totes les dades recollides. Això els ajudarà a adonar-se de com és el seu fill, de quines són les seves necessitats en cada moment o etapa del desenvolupament, i a descobrir els seus propis recursos com a pares per poder-les satisfer. Aquest procés pot portar que els pares se sentin més satisfets d'ells mateixos. El professional, atenent les preocupacions dels pares, responen als seus dubtes i ajudant-los en la superació dels conflictes, intenta que la família no perdi o bé recuperi la seva seguretat, la tranquil·litat i la confiança. Això pot ajudar que l'experiència de criança sigui no només satisfactòria sinó fins i tot joiosa.

Registre documental de la informació

Es recull en la Història clínica individual que és compartida amb la resta de l'equip. Aquests registres són necessaris perquè la informació recollida sigui utilitzada per tots els professionals que puguin intervenir en l'atenció de salut del nen.

També s'obre la fitxa d'edat i sexe, on es registren les dades personals del nen, l'acompliment del programa de seguiment, l'existència d'algun factor o situació de risc, el diagnòstic de sospita, les intervencions realitzades i també els canvis evolutius. Això ens permet fer l'avaluació dels resultats, i els estudis de control de qualitat assistencial.

Com ja hem comentat prèviament, aquest enfocament ens permet identificar i intervenir en situacions de risc. Algunes vegades, però, aquesta tasca assistencial ens desperta sentiments d'angoixa o de refús, o bé senzillament no podem contenir aquestes situacions. Es fa necessària per tant la col·laboració amb altres professionals (el neuropediatre del Servei d'Atenció Precoç en el nostre

cas) per assumir una atenció amb garanties i fer els diagnòstics dels possibles trastorns. La figura d'aquests professionals també es fa necessària com a suport nostre, per analitzar i comentar conjuntament els diferents aspectes de la pràctica assistencial que ens preocupen.

Per il·lustrar l'experiència descrita, exposarem el seguiment d'un nen i la seva família.

El seguiment d'en Daniel

La primera visita es va fer quan en Daniel tenia 2 mesos. En aquell moment ens cridà l'atenció que el rol matern era assumit per una cunyada de la mare. Durant tota la visita i malgrat la presència física de la mare, la tia sostenia el nen i era ella qui responia i explicava les experiències de criança.

Al mes següent torna a venir la cunyada acompanyant la mare. Aquesta, però, fa una queixa expressant que el nen es porta molt malament, que l'únic que sap fer bé és plorar. En parlar de l'alimentació ensenya un paper on porta escrit les menjades que fa, la quantitat que en pren, i l'horari exacte, justificant la seva rigidesa per l'absència d'una demanda clara del nen per menjar. Li fem notar que malgrat aquestes dificultats el nen creix normalment com ho evidencien els indicadors de pes i talla. És la tia la que en tot moment continua encarregant-se de la criança del nen.

A la tercera visita es reproduïx la situació anterior, encara que el protagonisme de la cunyada és menor. Pensem que és el moment de facilitar que la mare se senti més protagonista i suggerim que sigui ella la que el despulli i estigui al seu costat. Observem que hi ha una actitud de refús al contacte físic i una manca de comunicació verbal amb el nen. La mare intenta mostrar tota l'estona

la seva malaptesa en el maneig de la criatura, esperant que nosaltres o la cunyada la substituïm. Durant l'observació del nen la mare es posa a plorar. En el moment en que li fem notar que la conducta del nen indica que és feliç i que s'ho està passant bé, incrementa el plor.

Entre la tercera i la quarta visita hem de retardar el dia concertat. La mare ho tolera molt malament i expressa que no pot esperar 15 dies més per veure'ns. La setmana següent es produeix l'anul·lació d'una visita i truquem a la mare oferint-li la possibilitat de venir abans. Ella ho agraïx de manera exagerada.

És en aquesta quarta visita quan pot venir, per primera vegada, ella sola amb el nen. Continua expressant el seu intens malestar per no poder entendre com el nen li refusa l'aliment, no dorm bé i insisteix que només sap fer que plorar. També explica que el seu embaràs es va produir quan ella ja no esperava poder tenir fills. Tot i que l'havien desitjat molt ja estava convençuda que era estèril. Per a ella, en Daniel «había venido tarde y mal» i tenia el convenciment que no sabia tenir-ne cura, que alguna cosa sortiria malament.

En visites successives pot anar parlant de diferents aspectes conflictius, que l'afecten personalment, i que la fan sentir molt insegura com a persona i com a mare. En la mesura en què ella pot ser cada cop més conscient de la seva problemàtica personal, pot contemplar el nen d'una manera més normalitzada.

Actualment en Daniel té 15 mesos, i el seu desenvolupament el considerem correcte. La seva situació de risc ha minvat considerablement, però pensem que persisteixen dificultats en la relació mare-fill. Si aquestes dificultats no s'intervenien d'una forma adequada podrien comprometre aquest procés de desenvolupament en un futur més o menys immediat.

La intervenció del treball social en el nen amb risc

C. Fraile i López.

Assistent Social. Serveis Socials de Base de Martorell.

La participació del treball social en aquesta taula rodona està plenament justificada, ja que tota atenció global del nen petit pressuposa sempre un treball interdisciplinari.

L'equip interdisciplinari, és a dir, aquell que reuneix professionals diferents, té molta importància, perquè permet integrar informacions i tipus d'intervencions diferents sota un objectiu comú.

El nen que pateix una situació de risc està sotmès a un conjunt encadenat de causes de diferent ordre i significació, i constitueix per tant un terreny privilegiat per a aquest abordatge des de diferents disciplines, que permeten intercanvis i integracions recíproques. De l'enriquiment i interacció mútues sorgeix el coneixement i l'aproximació a la realitat del nen concebut com un tot.

És important fer una reflexió sobre el que s'anomena «risc social», perquè és un concepte ambivalent que depèn en gran part dels paràmetres culturals, socio-polítics i de la formació del professional que el determina.

Definició

És molt difícil definir el «risc social». Per exemple, a l'Enciclopèdia Catalana trobem la següent definició de risc: «Contingència desfavorable a la qual està exposat algú o alguna cosa, perill incert». El risc social seria quan la causa d'aquest perill es troba en les circumstàncies socio-ambientals, que efecten o poden afectar la maduració del nen i la seva relació amb l'entorn.

Un altre problema delicat és com mesurar-lo. Així, per exemple, en el Diccionari de Terminologia Social es diu que no existeix cap mesura directa i precisa del «risc social». Les situacions que el poden comportar han de ser considerades amb diferents aproximacions i sempre usant metodologies rigoroses.

La detecció i la determinació del «risc social» pot fer-se per mitjà de procediments basats en indicadors, sempre tenint en compte que:

- El risc no es pot mesurar amb indicadors aïllats, sinó dins d'un context i agrupats en sistemes.
- Els diversos factors de risc no tan sols poden afegir-se els uns als altres, sinó que sovint tenen una interacció i potenciació mútues.
- Hi ha indicadors que per ells mateixos no són causa de risc social, però que en actuar en una determinada situació sí que poden ajudar a desencadenar una situació de risc.

Indicadors

Hi ha situacions socials que ens apareixen com a indicadors clars. Per exemple, famílies desarelades de la comunitat on viuen, sigui per immigració o altres causes, amb baix nivell cultural o bé amb patologies o insuficiències entre els seus membres. Sovint a això s'afegeixen problemes d'alcoholisme o drogaddicció, o bé prostitució i conductes antisocials i delictives. En tots aquests casos hi ha una gran incidència d'aquesta situació sobre els membres més petits i febles, que són els nens.

Altres famílies se'ns presenten com a molt desestructurades, amb patologies psiquiàtriques greus en alguns dels seus membres, la qual cosa provoca una manca de concentració i atenció de les necessitats bàsiques dels infants.

Les carències afectives, la manca d'hàbits sans, o de pautes de conducta estables, dificulten una bona

identificació i organització de la personalitat del nen i obren el camí per a les dificultats posteriors.

Pares d'edat avançada o, al contrari, mares adolescents, separacions, pèrdues (especialment de la mare), etc., són també exemples d'aquests indicadors.

Sempre s'ha de tenir en compte, però, que els indicadors són orientatius i que el diagnòstic que es fa a través d'ells es pot classificar en tres categories: risc evident, risc potencial i risc menor. Aquest diagnòstic és important, ja que la pràctica diària ens mostra que davant les situacions de risc evident l'administració sol posar en marxa dispositius i recursos més grans, mentre que davant de les situacions de risc potencial o menor, la manca de recursos es fa més evident. Per tant, considerem molt necessari potenciar al màxim els àmbits on és possible una detecció precoç: consultes de pediatria d'assistència primària, guarderies, serveis socials de base, etc. Molt sovint ens trobem amb famílies que vénen a consultar per un problema concret, i observem un nen amb anomalies o dificultats que podrien haver estat detectades en el nivell més primari d'assistència. Defensem, per tant, un model integrador basat en la prevenció i atenció primerenca.

Consideracions

Un cop detectats els indicadors de risc social, i atès que la frontera entre el que és normal i el que no ho és sovint resulta molt borrosa en aquest terreny, el problema que se suscita immediatament és com transmetre la consciència del problema a l'usuari, que a vegades, pel context habitual que li és propi, n'està molt lluny.

Aquí és on resulta essencial l'«actitud» del professional i la manera d'apropar-se a tot allò que verbalitza la pròpia família en relació al nen: les preocupacions, els temors, els desconeixements, les expectatives (per exemple, si, com resulta habitual veure en el nostre treball, el nen és utilitzat per obtenir ajudes materials o beneficis econòmics), etc.

Davant d'això, el professional pot optar, d'acord a les possibilitats reals de la situació, i també segons la seva formació com a professional, per diferents posicions: des de la més paternalista i protectora fins a aquelles que pretenen potenciar al màxim les possibilitats dels propis usuaris (ex. Concepció Arenal). Sabem que no és adequat avançar-se al procés de la família i que sempre la intervenció social s'ha de realitzar a partir d'una demanda més o menys explícita. En aquest sentit, el treballador social sempre ha de tenir en compte que el primer recurs que ha de fer servir és la seva pròpia persona, d'acord amb la disponibilitat i amb la formació rebuda.

Conclusions

P. Pérez i Olarte.

Neuropediatre. Serveis d'Atenció Precoç de St. Feliu-St. Vicenç i de l'Anoia.

En finalitzar les ponències a la taula rodona es va obrir un espai d'intercanvi d'opinions i preguntes sobre el tema plantejat. Com a idees més destacables assenyalaré les següents:

- Necessitat de resituar el paper de cada professional en la xarxa assistencial amb la possibilitat de pensar com ha de ser una xarxa assistencial pediàtrica que pugui atendre les necessitats de tots els nens (normals i de risc) dins la mateixa estructura sanitària.
- La bona voluntat no és suficient per atendre els aspectes humans de nens i famílies. Cal una formació. Aquesta formació és difícil assolir-la en solitud. Cal cercar una convergència entre atenció tècnica i atenció humana.
- El diagnòstic prenatal té unes indicacions mèdiques concretes, no és per a tothom.
- Parlant de l'avortament que es pot plantejar en algunes situacions després del diagnòstic prenatal, és important que hi hagi algú al costat d'aquestes persones per explicar-los les possibilitats sense decidir per ells. Que sàpiguen que triïn el que triïn tindran el suport dels professionals.
- Cal fer un aprofundiment del que significa treballar en equip. Qui participa en un equip de treball ha de saber cedir i sentir-se responsable dels èxits i fracassos de tots, i això no és sempre fàcil de fer.
- Cal un aprofundiment en el concepte de «risc», ja que a vegades podem crear un risc inexistent o exagerar un petit risc o tapar un risc evident.
- Els informes de neonatologia poden ser crítics per a molts pediatres.
- Cal una humanització dels centres hospitalaris.
- Els professionals hem d'aprendre a respectar decisions dels pares que ens poden semblar poc naturals.
- A una intervenció de caire pessimista en el sentit que si els pares no estimen el fill poc podem fer els professionals, es contraposà una de més optimista que defensava unes possibilitats de canvi en l'actitud i vivència dels pares a causa d'unes intervencions de professionals basades en l'escola i reflexió conjunta amb pares sobre què significa aquell fill per a ells.
- Hi ha una manca de formació curricular del metge en els aspectes d'atenció a la relació a tots nivells.

Camino i Taboada A, Pi-Sunyer i Peyrí MT, Zuasnabar Cotro A, Domingo i Salvany F, Gili i Ribes M, Bregolat i Ruiz C, Fraile i López C, Pérez i Olarte P. L'atenció global del nadó d'alt risc. But Soc Cat Pediatr 1994; 54: 124-135.