

GRAU DE PEDAGOGIA

Promoció 2010 - 2014

ENS ANIRÀ MILLOR AMB PEDAGOGIA:

L'EDUCACIÓ EMOCIONAL A L'HOSPITAL



Universitat de Girona

Autora: MAR SAN MARTÍN BOIX

Tutora: Carme Timoneda Gallart

Data: 13 de Juny del 2014

ENS ANIRÀ MILLOR AMB PEDAGOGIA



Universitat de Girona

ENS ANIRÀ MILLOR AMB PEDAGOGIA

L'EDUCACIÓ EMOCIONAL A L'HOSPITAL

Autora: MAR SAN MARTÍN BOIX

Tutora: Carme Timoneda Gallart

Data: 13 de Juny del 2014

GRAU PEDAGOGIA

Promoció: 2010 -2014

A TU, perquè sempre i en tot moment has de saber:

"Que tot està per fer i tot és possible".

Miquel Martí i Pol

ÍNDEX

INDEX	3
1. INTRODUCCIÓ	4
MOTIVACIONS	4
JUSTIFICACIÓ	4
2. MARC TEÒRIC I CONCEPTUAL	8
2.1. Breu Història de l'Atenció Hospitalària	8
2.2. Breu Introducció a l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta	19
2.3. Estat de la Qüestió a l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta en l'Actualitat (2014)	21
2.4. Introducció a l' Infant Hospitalitzat	28
2.5. Breu Història de la Pedagogia Hospitalària i l'Atenció a l'Infant Hospitalitzat	29
3. OBJECTIUS	50
4. METODOLOGIA	52
SELECCIÓ DEL CAS	52
L'INSTRUMENT	53
PROCEDIMENT	54
5. RESULTATS	56
6. ANÀLISI DE RESULTATS	62
7. REFLEXIÓ FINAL	72
8. VERS UNA PROPOSTA D'INTERVENCIÓ PEDAGÒGICA	80
BLOC 1: Estructures Pedagògiques	84
BLOC 2: Serveis i Projectes Psicopedagògics	90
BLOC 3: Mecanisme Interns/Externs	99
9. EL PAPER DEL PEDAGOG/A I ANÀLISI CRÍTICA DELS CONTINGUTS TRANSMESOS DURANT EL GRAU	102
10. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	106
11. ANNEXOS	112

1. INTRODUCCIÓ

1.1. MOTIVACIONS

Les motivacions que m'empenyen a desenvolupar aquest treball, han estat des de sempre i desitjo que ho segueixin essent en un futur llunyà, estrictament vocacionals. Quan vaig decidir-me a començar aquest petit viatge d'iniciació en l'aprenentatge, el qual espero que sigui el meu futur professional, ja tenia present poder iniciar un recorregut d'especialització que pel que havia pogut llegir, no estava gaire recorregut en terres europees, però que a terres nord americanes sí: la pedagogia hospitalària. Malgrat la por i les incerteses, en veure que dintre del programa que s'havia dissenyat a la facultat, molt del que jo esperava trobar no hi seria present, vaig decidir anar formant-me de forma autodidàctica i amb altres centres externs. Així com, també decidint alhora, que faria el possible perquè el meu treball de Pràcticum i el meu Treball Final de Grau, almenys en tinguessin una relació estricta. I aquí estem.

1.2. JUSTIFICACIÓ

La justificació d'aquest treball recau sobre la convicció que tinc, tant com a persona individual i com a futura professional en aquest món de la Pedagogia, en poder dir que la Pedagogia Hospitalària ha de reclamar el dret a l'educació al llarg de la vida de qualsevol malalt - en estat crònic o de curta durada-. Quan una persona està malalta i per tant, a causa d'aquesta circumstància de la seva vida requereix una atenció mèdica, una intervenció quirúrgica o una estança hospitalària, per exemple, no fa que deixi de ser persona, i per tant tampoc fa que deixi de tenir aprenentatge vital i significatiu. Per aquest motiu, crec que qualsevol persona amb aquesta circumstància, ha de poder tenir l'oportunitat de rebre una educació especialitzada i adaptada a les seves necessitats específiques, en funció i depenent de les alteracions i circumstàncies, que el defineixin i l'acompanyin durant tota aquesta experiència. Crec que l'objectiu principal del pedagog/a dins d'aquest àmbit, és intentar disminuir i per tant, poder minimitzar els possibles efectes negatius que la malaltia o l'hospitalització, pot provocar en el mateix pacient i en conseqüència a la seva família i en les seves relacions socials.

Essent així doncs, el professional encarregat de brindar una correcta atenció socioeducativa al pacient, que viu o està dins d'un context clínic -es contempla des d'aquí totes aquelles circumstàncies o situacions que tenen a veure amb la salut física o mental de la pròpia persona-, acompanyant així, el procés d'aprenentatge de qui viu condicionat per aquest fet concret.

Evânia Reichert (2011), assegura que les pràctiques pedagògiques tenen l'obligació, de contemplar la salut biopsicològica de les persones. Ho concreta més específicament, en els infants, justificant que és en aquesta etapa de la vida, quan s'està formant les estructures del caràcter i que per tant, qualsevol experiència deixarà petja en nosaltres d'una manera o d'altra. Dependrà en definitiva, de com el nostre cervell la interpreti, marcant així el nostre estat emocional i el curs de la nostra personalitat. Jo hi estic d'acord en aquest sentit, ja que considero que la Pedagogia Hospitalària és una activitat educativa que té més a veure amb la salut i amb la pròpia vida que no pas amb la instrucció i l'ensinistrament, ja que en realitat no deixa de ser una pedagogia vitalitzada, que vetlla per un aprenentatge vital i significatiu.

Rocío Cárdenas i Fernando López (2006), descriuen que l'objectiu d'estudi, investigació i dedicació a l'educand hospitalitzat de la Pedagogia Hospitalària, no és cap altre que el d'assegurar la continuació del progrés d'aprenentatge cultural i formatiu, així com, també i molt específicament, el procés d'aprenentatge del propi pacient en saber fer front a la seva malaltia, a les cures auto personals i en la prevenció d'altres possibles alteracions de la salut d'aquest, per exemple. Conclouen doncs, que la finalitat d'aquesta especialització pedagògica, és la del desenvolupament integral de la persona. Aquests autors, creuen que aquest és el principal motiu pel qual és necessari un professional de l'àmbit pedagògic en aquest context, ja que l'educació en aquest àmbit no recau tan sols en la formació formal dels infants, que estan hospitalitzats o en un procés de malaltia crònica o terminal, sinó que recau en qualsevol tipologia de pacient, en la família d'aquest i en el context social que l'envolta. Majoritàriament aquesta educació educativa, com ja he dit, s'ha centrat en l'àmbit infantil -i normalment s'engloba i s'entén, com l'acció que es desenvolupa en les aules hospitalàries per part dels mestres-, però no tan sols és això i no és així com hauria de simplement ser. El professional que treballi en aquest àmbit, ha d'estar a disposició de qualsevol persona. Pot ser infant, adolescent, adult o gran, és indiferent.

En primer motiu, perquè malgrat que, algú estigui patint una malaltia o un procés d'hospitalització, aquest no perd el dret a una educació, en qualsevol moment de la seva vida. I en segon lloc, perquè, és una circumstància i un procés que generen, una alteració en el curs normal i habitual de la vida de la pròpia persona.

Estar malalt sovint s'entén com quelcom negatiu; i és cert, pel que fa a què aquest fet, genera en la persona un malestar físic i psíquic, distorsiona la realitat social i personal i allunya a l'individu del seu context habitual i normal. Socialment estar malalt és l'antítesi d'estar sà, i això sempre genera malestar. En els humans, estar malalt és senyal de tenir en perill la nostra salut i per tant, la nostra vida. A ningú li agrada estar malalt, ja que per naturalesa sempre estem bé, fins que arriba una circumstància que n'altera el curs del nostre desenvolupament físic o mental i que pertoca en els paràmetres d'una vida sana. Així doncs, pel simple fet d'estar malalts, el nostre estat emocional i físic queda alterat. En relació als infants, aquests no han tingut temps d'assolir el nivell de maduresa emocional i cognitiu. Per aquest motiu, es considera que és una franja d'edat molt vulnerable, on el nostre cervell està en continuo desenvolupament. Les zones més importants per la nostra supervivència i el nostre desenvolupament com a persones, s'estan construint i s'estan desenvolupant, generant connexions neurològiques que ens permetran poder "relacionar-nos amb el món que ens envolta" a l'etapa adulta, a través de tècniques, coneixements, recursos... que haurem adquirit, durant aquesta etapa tan important i rellevant per nosaltres.

Per tant, podria considerar-me fidel defensora d'aquesta etapa, ja que en ella, es dissenyen, els planifiquen i es construeixen les bases de la nostra integritat com a persona. Les experiències i fets que vivim i experimentem com a tal, deixen petjada en nosaltres, s'inclouen dins de nosaltres com petits blocs de ciment, s'emmagatzemen dintre del nostre món emocional i personal, ajudant-nos o no. És aquest motiu i no cap altre, on és important destacar, que una experiència hospitalària per un infant, pot marcar un inici i un final. Pot provocar milers de sentiments i emocions en la seva persona, que poden acabar marcant el seu món emocional amb tanta força, que si no es té cura, pot ser greument perjudicial pel seu futur desenvolupament o pel seu estat natural en aquell precís instant. Perquè un infant estigui malalt, no ha de deixar de ser un nen. Té dret a seguir vivint com un infant, i aprenent com a tal. És una obligació professional, assegurar-li que aquesta experiència, perquè si ha de ser d'alguna manera, ha de ser positiva. Ha d'esdevenir com a tal, un aprenentatge.

2. MARC TEÒRIC I CONCEPTUAL

▪ 2.1. BREU HISTÒRIA DE L'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA

Els historiadors apunten que durant els segles V-X dC, la medicina tan sols i pràcticament, es desenvolupava en els Monestirs Cristians del nostre país. Algunes Ordres religioses com ho varen ser l'Orde dels Franciscans o la de Sant Joan de Déu, van ser els fundadors de les Cases d' Acollida i els primers Hospicis de caràcter públic. Aquests estaven pensats per atendre a la gent pobre i sense recursos. La gent rica i privilegiada del moment, podem considerar que eren els treballadors d'aquestes, ja que hi treballaven fent obres de caritat cristiana (Ferre, 2008).


Amb posterioritat, i a mesura que la societat anava evolucionant, van anar aparèixer les primeres Cases o Centres especialitzats en malalties molt concretes de l'època, com ho eren per exemple les Cases de Leprosies o bé els Sanatoris. Aquestes cases, se situaven normalment en llocs propers als monestirs d'aquestes ordres religioses, perquè l'atenció en aquests centres també era donada pels monjos cristians. Però el canvi pel concepte *Hospital* i l'apropament d'aquest al món sanitari, no va ser possible fins que a nivell europeu es van començar a construir grans estructures arquitectòniques que es coneixien amb el nom de Pavellons. Aquests eren destinats a la mateixa funció, és a dir, la cura i l'atenció a diverses malalties especialitzades com ho eren les malalties cròniques, les infeccioses o les mentals. En el territori català, tenim un clar exemple dins de l'Hospital de Sant Pau de Barcelona, on encara en l'actualitat es conserven alguns d'aquests pavellons (edificis arquitectònics).

A Espanya però, l'arribada dels Hospitals tal com l'entendem ara, no va ser fins als anys 50 i 60, on es van començar a construir estructures que rebien el nom de Macro - Hospitals i que amb el temps, han anat evolucionant fins a arribar al concepte tal com el coneixem en l'actualitat. De bon principi la construcció d'aquests es situava en grans ciutats, amb gran nombre d'habitants i amb un cert prestigi. Però des de fa ja algunes dècades i encara més en l'actualitat, la intencionalitat és la contrària, ja que es tendeix a construir a nivell més comarcal, amb hospitals més petits i proporcionats a la població al que està destinat així com, també dissenyats per atendre les necessitats d'aquesta.

Deixant així, els "Macro-Hospitals" a les capitals com a centres sanitaris d'alta especialització (Ferre, 2008).

Pel que fa a l'atenció Hospitalària en Infants, no s'allunya d'aquest *modus operandi*. Històricament també varen ser les Ordres Religioses, les que van començar a atendre als infants malalts. En l'actualitat, es pot dir que en tots els centres sanitaris públics es dona atenció als infants, malgrat que l'atenció de més alta especialització es troba també a la capital, en el cas de Catalunya, a Barcelona.

- **L'organització i distribució de la Sanitat Pública a Catalunya:
Les 7 Regions Sanitàries.**

LA DISTRIBUCCIÓ A CATALUNYA DE LES 7 REGIONS SANITÀRIES CORRESPONENTS	
	<p><i>Catalunya distribueix la sanitat pública a través del territori delimitant set Regions Sanitàries. Cadascuna d'elles gestiona la salut en el seu territori i ofereix tots els serveis a la població.</i></p>
	1. Regió Sanitària de Girona
	2. Regió Sanitària de la Catalunya Central
	3. Regió Sanitària de l'Alt Pirineu i l' Aran
	4. Regió Sanitària de Lleida
	5. Regió Sanitària de Barcelona
	6. Regió Sanitària del Camp de Tarragona
	7. Regió Sanitària de Terres de l'Ebre

Taula 1: Distribució de les 7 regions sanitàries en el territori català.

A Catalunya l'any 1990, a través de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC), es va crear el Servei Català de la Salut (CatSalut). És un organisme públic de caràcter institucional, que depèn de la Generalitat de Catalunya i que alhora està adscrit al Departament de Salut. La missió d'aquest Servei és la de garantir l'atenció socio sanitària dels ciutadans catalans, mitjançant la contractació de serveis sanitaris amb centres i institucions sanitàries.

Aquests són centres proveïdors del CatSalut a través d'un consorci amb la mateixa administració catalana. D'aquesta manera, els serveis que el Servei Català de la Salut ofereix, es troben organitzats i distribuïts territorialment en set Regions Sanitàries. Cada una d'elles està destinada concretament, a un àmbit funcional marcat en el Pla Territorial General de Catalunya (Generalitat de Catalunya, 2014).

Per concloure, cal saber que l'organització i distribució dels Serveis Sanitaris en el nostre territori, s'inclouen dins del Model Sanitari Català (Annex 1.1). Aquest és un model mixt, és a dir, que integra en una sola Xarxa d'Utilització Pública tots els recursos sanitaris, siguin o no de titularitat pública. A més, d'un gran nombre d'entitats tradicionals en el nostre territori com ho són: les mútues, les fundacions, els consorcis i els centres de l'Església, que s'han dedicat històricament també a l'atenció sanitària dels ciutadans catalans (Generalitat de Catalunya, 2014).

Els Centres hospitalaris, que és la tipologia d'atenció i assistència que ens ocupa en aquest treball, es troben tots dins de la Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública (XHUP). Es pot trobar el llistat de Centres de Catalunya a l'Annex 1.2.

- **L'Atenció Especialitzada en la Sanitat Pública Catalana: Els Hospitals i els Centres Ambulatoris d'especialitats.**

Dintre dels diversos nivells d'assistència sanitària, - i del que ens interessa analitzar en aquest treball -, trobem el nivell d'assistència sanitària en atenció especialitzada, que es compon dels Hospitals i els Centres Ambulatoris d'especialitats. En aquests dos tipus de centres sanitaris, es dona una assistència mèdica especialitzada en règim ambulatori i de caràcter públic (Consorti de Salut i Social de Catalunya [CSC], 2013).

Aquests, es comprenen per diverses àrees:

- L'atenció hospitalària.
- L'atenció sociosanitària.
- L'atenció psiquiàtrica i de salut mental.
- L'atenció a drogodependències.
- Altres recursos d'atenció especialitzada.
- Atenció farmacèutica.

Aquesta assistència especialitzada dintre del territori català alhora, es representa a través de diversos sectors com ho són: els Recursos d'Internament, les Consultes Ambulatories Especialitzades, els Hospital de Dia, les Urgències i l'Hospitalització a domicili, així com, també de la participació d'altres Unitats Funcionals Interdisciplinàries Sociosanitàries (UFISS) i els Programes d'Atenció Domiciliària i/o Equips de Suport (PADES). (CSC, 2013).

- **La Categorització Hospitalària dintre de la Distribució Sanitària.**

En el territori Català, es segueix un model de categorització hospitalària. Una mena de jerarquia que, segueixen els centres sanitaris i que els diferencien segons la seva complexitat tècnica, és a dir, segons el nivell que poden assolir i atendre. Aquesta categorització es segueix a nivell europeu i occidental, dintre del món desenvolupat (*el primer món*). Dintre d'aquesta jerarquia, els nivells d'especialització no tenen en compte l'edat del pacient, sinó que es categoritzen segons la complexitat de les especialitats mèdiques, els recursos i la tecnologia que disposen.

D'aquesta manera i com podem veure en la il·lustració, en tot el territori català trobem les tres tipologies d'hospitals, depenent del grau de complexitat que atenen. En primer lloc, trobem aquells hospitals que estan situats i que treballen a nivell comarcal, en segon lloc, aquells hospitals generals que treballen com a centre de referència provincial i en tercer lloc, trobem aquells que són hospitals de màxima complexitat i d'alta especialització, que es troben a Barcelona majoritàriament.



CENTRES SANITARIS COMARCALS
HOSPITALS DE 1º DE COMPLEXITAT



CENTRES DE REFERÈNCIA PROVINCIALS
HOSPITALS DE 2º DE COMPLEXITAT



ALTA ESPECIALITZACIÓ I MÀXIMA COMPLEXITAT
HOSPITALS DE 3º DE COMPLEXITAT

Il·lustració 1: Nivell d'assistència sanitària en atenció especialitzada: Hospitals i els Centres Ambulatoris d'especialitats: tres nivells de complexitat d'atenció sanitària.

Els hospitals, que es troben en el segon nivell d'assistència perquè donen una atenció especialitzada, és a dir, que complementen l'atenció primària que es desenvolupa en els CAP's de cada zona. Per tant, podem dir que, els centres de segon nivell són els encarregats d'atendre els motius de consulta més greus o complexos i que sobrepassen les competències de l'atenció primària. L'accés a l'atenció especialitzada dintre del centre sanitari, es fa a través de la petició del metge de l'atenció primària, en el cas dels adults el Metge de Família i en el cas dels infants el Pediatre, sempre i quant, no sigui una Urgència que l'accés és directe. Aquesta atenció es desenvolupa en aquests centres d'especialitats i hospitals a més de l'hospitalització domiciliària. Però si posem l'atenció al context de l'hospital, que és el que s'escau en aquest treball, sabem que en aquest tipus de centres, es proporciona una assistència en règim d'internament - o no-, amb les funcions següents:

1. **Accés a l'atenció especialitzada** un cop el metge de l'atenció primària ha realitzat la petició corresponent -excepte en situacions d'urgència-. Complementant així quan sigui necessari, les activitats d'atenció integral que s'ofereix en l'assistència primària, fonamentalment en el diagnòstic i el tractament del pacient.
 2. **Proporcionar assistència** en règim d'internament i/o d'hospitalització domiciliària.
 3. **Assistir al pacient** en cas d'urgència vital.
 4. **Promoció** de la salut.
 5. **Prevenió** de les malalties.
 6. **Participació en activitats** d'investigació i docència.
 7. **Informar i formar** tant a la població com als professionals sanitaris.
 8. **Gestionar** correctament els recursos sanitaris que té cada hospital.
- **Organització Interna dels Centres Hospitalaris:**

Per tal que els hospitals tinguin una mica de sentit de la coherència i alhora, sigui de fàcil accés i comprensió de tots plegats -sobretot dels professionals sanitaris i pacients-, aquests s'organitzen de tal manera, que estableixen unes seccions i/o departaments amb els noms de les diverses tipologies i especialitats (Servei Català de la Salut [CatSalut], 2013).

Així doncs, els diversos serveis d'aquests centres es poden agrupar de les següents maneres:

- ❖ **Serveis Centrals:** Són aquells serveis que proporcionen altres serveis a la resta de l'hospital. En aquesta categoria s'hi poden incloure per exemple: la farmàcia, el laboratori, la medicina nuclear, la dietètica, el radiodiagnòstic, la medicina preventiva, l'anatomia patològica, els serveis d'admissió, etc.
- ❖ **Serveis Mèdics:** Són aquells serveis que treballen i es dediquen al tractament de les patologies de forma no quirúrgica. Alguns exemples són: la neurologia, la nefrologia, la cardiologia, la pneumologia, l'oncologia, l'al·lèrgologia, l'endocrinologia, la reumatologia o la medicina interna, entre d'altres.
- ❖ **Serveis Quirúrgics:** Són aquells serveis que treballen i es dediquen al tractament de les patologies de forma quirúrgica. Com ho són per exemple: la cardiologia, l'endocrinologia, la reumatologia, la traumatologia, l'oncologia, la cirurgia maxil·lofacial o plàstica, la cirurgia cardiovascular, la cirurgia urològica, la cirurgia digestiva, la neurocirurgia, cirurgia pediàtrica, etc.
- ❖ **Consultes externes:** És aquell servei que es realitza dins del context hospitalari i on es realitzen les visites ambulatories (sense internament), per tal de poder realitzar les proves prèvies a les intervencions quirúrgiques o bé, pel seguiment continuat dels pacients amb alguna patologia.
- ❖ **Serveis d'Urgències:** És la zona de l'hospital que està dotada especialment, per atendre la patologia urgent en situacions extremes o de possible perill. Com ho són per exemple: els accidents de trànsit, els atacs de cor, les fractures i traumes, etc.

A continuació es presenta aquesta organització a través d'una taula gràfica:

CLASSIFICACIÓ INTERNA DELS HOSPITALS		
Seccions / Departaments	Categories	
Serveis Centrals	Farmàcia	Laboratori
	Serveis d'Admissió	Medicina Nuclear
	Medicina Preventiva	<i>Altres.</i>
Serveis Mèdics	Neurologia	Medicina Interna
	Cardiologia	Oncologia
	Traumatologia	Endocrinologia
	Reumatologia	<i>Altres.</i>
Serveis Quirúrgics	Neurocirurgia	Cirurgia Pediàtrica
	Cardiologia	Oncologia
	Traumatologia	Cirurgia Maxil·lofacial
	Cirurgia Cardiovascular	<i>Altres.</i>
Consultes Externes	Visites ambulatòries	Proves específiques
Serveis d'Urgències	-	

Taula 2: Classificació interna dels centres hospitalaris respecte a les seves diverses funcions.

- **Organització Externa dels Centres Hospitalaris:**



Per tal que els hospitals a part d'estar ben organitzats de forma interna, ho estiguin també de forma externa i per tant territorialment, s'estableixen diversos tipus de categories o distribucions d'aquests, segons les seves característiques.

A continuació es presenten les més rellevants en el nostre territori -i en la major part dels territoris desenvolupats-, a través d'una taula gràfica (CatSalut, 2013).

CLASSIFICACIÓ EXTERNA DELS HOSPITALS SEGONS DIVERSES CARACTERÍSTIQUES		
Tipus de Distribució	Categories	Descripció:
Segons la Funció que desenvolupen	Hospitals Generals	Són aquells que contenen en ells mateixos múltiples especialitats. Ofereixen diversos tipus d'assistència com ho són: la mèdica, la materno-infantil, la quirúrgica, etc. En cada Regió Sanitària (RS) hi ha d'haver-hi un.
	Hospitals Especialitzats	Són aquells que engloben en ells mateixos una especialitat concreta o un grup determinat d'especialitats, per tal d'atendre una patologia. En aquest grup s'inclouen els hospitals psiquiàtrics, els hospitals infantils, els hospitals oncològics, etc.
l'estança del pacient	De Curta Estada	Són aquells hospitals que atenen a pacients amb malalties agudes. Un hospital general per exemple.
	De Llarga Durada	Són aquells hospitals que atenen a pacients que tenen 30 dies o més, d'hospitalització, com ho són els pacients crònics. Un exemple d'aquests hospitals ho són els psiquiàtrics o els oncològics.
Nivell d'assistència i complexitat	Nivell 1: H. Generals de Nivell Bàsic	Són els hospitals menys amb menys complexitat, i que estan menys dotats de tecnologia. Com ho són els hospitals Comarcals de medicina general.
	Nivell 2 H. de Referència	Són els hospitals amb una mica més de complexitat, que disposen de més dotació tecnològica i que comencen a atendre algunes especialitats. Com ho són els hospitals Provincials.
	Nivell 3 H. Màx. Complexitat	Són tots aquells hospital de màxima complexitat i que disposen de la més alta tecnologia. Normalment es troben a la capital, en el nostre cas a Barcelona com ho està H. Vall d'Hebron.
la dependència patrimonial	Públics	Tots aquells hospitals que pertanyen i són de domini Estatal ja que són propietat de l'Estat.
	Privats	Aquells que depenen d'una entitat externa a l'Estat, i que tenen un patrimoni i una direcció privada.
	Concertats	Aquells que depenen d'una entitat externa, però tot i així, mantenen convenis amb l'Estat.
l'àmbit territorial	Hospital Local o Comarcal	Aquests es situen a la capital de comarca, i tenen aproximadament una capacitat de 50-100 llits. Són encarregats d'atendre una població menor de 60.000 habitants.
	Hospital d'Àrea o Provincial	Aquests es situen a la capital de província, i tenen aproximadament una capacitat de 200-300 llits. Són els encarregats d'atendre una població menor de 250.000 habitants.
	Hospital Regional	Aquests es situen normalment a la capital de la comunitat autònoma o rodalies, i tenen aproximadament una capacitat de 500-1.000 llits. Són els encarregats d'atendre una població menor de 1.000.000 habitants.

Taula 3: Classificació i distribució externa dels centres hospitalaris respecte a les seves diverses característiques que els representen i els defineixen.

• **Organització dels Hospital Catalans en referència a les Regions Sanitàries:**

Per tal que els hospitals a part de mantenir-se organitzats de forma interna i externa, també han de trobar-se distribuïts a través del territori català. Els hospitals catalans necessiten agrupar-se a partir de la distribució que marca el Pla Territorial General de Catalunya i el Servei Català de la Salut, per tal que l'atenció sanitària d'aquest, estigui equitativament repartida arreu del territori (Annex 1).

Repartida amb el criteri principalment, respecte el nombre d'habitants, com és pot veure a la il·lustració següent. Així com també, repartir els serveis sanitaris, segons les necessitats de cada territori i les necessitats generals de la població catalana.. Buscant d'aquesta manera, la gestió i el bon funcionament de la xarxa: individualment i col·lectivament.



Il·lustració 2: Distribució dels Hospitals marcada pel Pla Territorial General de Catalunya i el Servei Català de la Salut.

❖ **Aquesta categorització Hospitalària (Distribució Sanitària R.S) en referència a l'atenció pediàtrica.**

En aquest treball es centra en l'atenció pediàtrica dels infants, i concretament atesos a l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Però abans de centrar-me en aquest centre i en la Província d'aquest, cal posar l'atenció a la categorització hospitalària general, que fa referència a l'atenció pediàtrica a Catalunya. Es pot veure a continuació amb la següent gràfica, com s'estableix la categoria/classificació segons el nivell d'assistència donada i la complexitat d'aquesta:

CLASSIFICACIÓ EXTERNA DELS HOSPITAL SEGONS EL NIVELL D'ASSISTÈNCIA I COMPLEXITAT			
Grau de Complexitat	Hospital	Localització	Descripció
3º Nivell	Hospital Sant Joan de Déu	Barcelona	Aquests són els dos hospitals de màxima complexitat i de referència en tot el territori català en quant a l'atenció pediàtrica.
	Hospital Vall d'Hebron		
2º Nivell	Hospital de Girona Hospital de Lleida Hospital de Tarragona Hospitals de la Província de Barcelona	Girona Barcelona Lleida Tarragona	Aquests són els hospitals de referència a nivell provincial. Compleixen la funció de ser l'hospital amb més complexitat de la seva comarca.
1º Nivell	Altres	Poblacions arreu del territori català	Aquests són els hospitals comarcals, per exemple.

Taula 4: Classificació i distribució externa dels centres hospitalaris segons el nivell d'assistència i complexitat.

Cal dir com ja he dit anteriorment, la distribució d'aquests hospitals segons la seva complexitat, no té en compte en la majoria dels casos, l'edat dels pacients, sinó que estableix la categorització jeràrquica en funció de la complexitat del centre i les seves característiques -sanitàries, instrumentals i tecnologia o especialitats patològiques-. És a dir, la jerarquia es compleix igual amb l'atenció a pacients adults o pediàtrics, només actua o intervé un o l'altre en funció de la gravetat que es requereix intervenir.

Així doncs, tots els hospitals de caràcter públic a Catalunya estan destinats a atendre, tant la salut dels adults com la dels infants. L'únic que contradiu aquesta pràctica, en el cas de l'atenció pediàtrica és l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, ja que és un centre exclusiu d'atenció materno-infantil.

D'aquesta manera, el procediment per atendre a un infant malalt és el següent: quan un infant es posa o està malalt, o bé té una urgència mèdica, és atès en el seu corresponent centre d'atenció especialitzada hospitalària comarcal. En cas de no poder ser atès en aquest centre de primer grau de complexitat, és derivat -segons la demarcació que el correspon- al centre de segon grau de complexitat i de referència de la seva província. Per últim, si aquest centre de segon grau no pot atendre a l'infant, ja que no requereix l'especialització concreta o la gravetat del cas és de màxima complexitat i es requereix un equip mèdic, material i personal més complex o de difícil excés, és derivat als centres de tercer grau de complexitat. Aquests últims són els anomenats hospitals de màxima complexitat i especialització, que en el cas de Catalunya només són dos: Hospital Vall d'Hebron i Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Allà, és on l'infant és atès amb caràcter molt greu i/o complex, ja que es considera que és derivat a aquest centre de màxima especialització perquè el seu tractament o la seva intervenció mèdica i/o quirúrgica, és de màxima complexitat i només allà, pot ser atès amb les millors condicions, recursos i professionals possibles.

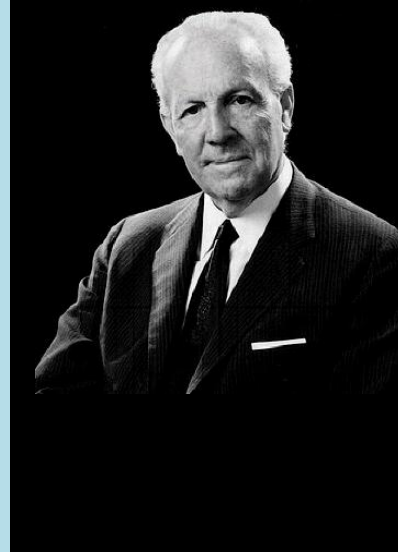
▪ 2.2. BREU INTRODUCCIÓ A L'HOSPITAL UNIVERSITARI DE GIRONA DR. JOSEP TRUETA.

L'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta és l'Hospital General i Públic de la Ciutat de Girona, va ser inaugurat l'any 1956 amb el nom de "Residencia Sanitaria del Seguro Obligatorio de Enfermedad de Gerona". La intenció de construir-lo, fou la de poder donar atenció a beneficiaris de la Seguretat Social del nostre país, és a dir, poder atendre mèdicament a totes aquelles persones amb falta de recursos econòmics.

En aquell moment, l'edifici constava de dotze plantes, set de les quals eren dedicades a l'hospitalització amb un total de 250 llits. L'hospital no destacava però en l'especialització quirúrgica, ja que només hi havia tres plantes habilitades per a l'assistència d'aquesta. En aquella època l'hospital tenia un índex d'ocupació realment baix, el motiu d'això era principalment perquè es dedicava a l'obstetrícia i la traumatologia.

L'evolució de l'hospital, va anar generant la millora en diversos aspectes i àrees. L'any 1959 es va produir un canvi de nom, passant a anomenar-se: "Residencia Sanitaria de la Seguridad Social General Álvarez de Castro". En el 1966 es va crear l'Escola d'Ajudants Tècnics Sanitaris (ATS), la qual cosa va generar l'equitat amb el temps dels professionals de la Infermeria, ja que anteriorment la majoria de les professionals que treballaven en aquest àmbit eren religioses. L'any 1980, a la fi, l'Escola va passar a ser universitària, i en l'actualitat està adscrita amb un conveni a la Universitat de Girona.

Josep Trueta i Raspall (Barcelona 1897 - 1977) fou un cirurgià català que durant la Guerra Civil Espanyola va desenvolupar un procediment de tractament de les fractures obertes. En la seva carrera professional fou Catedràtic d'Ortopèdia de la Universitat d'Oxford així com també, membre del Consell Nacional Català.



A mesura que l'hospital adquiria un cert reconeixement i percepció, des del punt de vista mèdic, el centre va anar incorporant diverses especialitats quirúrgiques. A més a més, es van fer diverses obres arquitectòniques i d'ampliació, així com, també es va produir un augment de la dotació dels serveis que en l'actualitat l'hospital ofereix. No va ser però, fins al 1990, que l'hospital va canviar el nom per segon cop consecutiu per: "Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta", en memòria d'un metge català amb més projecció internacional.

Per concloure aquesta petita introducció del centre, cal destacar la forta relació que té aquest amb la formació dels seus professionals. Aquest aspecte és un dels més rellevants en els últims temps, a partir del conveni que es va establir amb la universitat de la mateixa ciutat. Es sap que des del 1996, l'hospital té un caràcter també formatiu, perquè entre d'altres imparteix Estudis de Grau i Postgrau pels estudiants d'Infermeria, Medicina i Llevadors Interns Residents de la Universitat de Girona (Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, 2014).



Com a curiositat:

Quan vaig començar el treball, la web era força antiga. La programació i l'edició d'aquesta no havia estat modificada des de feia almenys 10 anys. En l'actualitat, el Departament de Salut i l'ICSCAT, han creat una web nova, que mostra un disseny nou i modern. Aquest consta d'un seguiment del centre a les xarxes socials com ho és el Twitter, però sobretot amb continguts realment importants, que amb la versió anterior eren inexistents: vídeos didàctics a la web de Youtube, de diverses situacions clíniques, com ho és per exemple, la que tracto en aquest treball: L'acollida als pacients de l'Hospital Josep Trueta de Girona, quan aquests han de ser intervinguts quirúrgicament.

web: <http://icsgirona.cat/ca/hospitaltrueta>

▪ **2.3. ESTAT DE LA QÜESTIÓ A L'HOSPITAL UNIVERSITARI DE GIRONA DR. JOSEP TRUETA EN L'ACTUALITAT (2014)**

• **La Regió Sanitària (RS) de la Província de Girona**

L'abast territorial de la Regió Sanitària de la Província de Girona recull les vuit comarques d'aquesta: Alt Empordà, Baix Empordà, Garrotxa, La Cerdanya, Pla de l'Estany, Ripollès, La Selva i el Gironès. Però alhora també, abasteix fins a alguns municipis de la Comarca del Maresme, com ho són Calella, Canet de Mar, Malgrat de Mar, Palafolls, Pineda de Mar, Sant Cebrià de Vallalta, Sant Iscle de Vallalta, Sant Pol de Mar, Santa Susanna i Tordera (Generalitat de Catalunya, 2012).

Els Centres de Salut que disposa la Regió Sanitària de la Província de Girona són els següents:

ÀMBIT	CENTRE
Atenció Primària	- ABS Cassà de La Seva. - ABS Torroella de Montgrí. - Etc.
Atenció Sociosanitària	- Hospital de Dia de Girona. - Hospital Sociosanitari. - Centre Sociosanitari Bernat Jaume. - Consorci Assistencial Baix Empordà. - Palamós Gent Gran. - Hospital Sociosanitari de Lloret de Mar. - Hospital Sociosanitari Sant Jaume de Blanes.
Hospital d'Aguts	- Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. - Hospital de Figueres. - Hospital Santa Caterina. - Hospital de Palamós. - Institut Català d'Oncologia de Girona. - Hospital Comarcal de Blanes.
Atenció Social	- Residència Social i Sociosanitària. - Palamós Gent Gran. - Hospital Sociosanitari de Lloret de Mar. - Residència Nicolau Font de Lloret. - Hospital Sociosanitari Sant Jaume de Blanes.
Salut Mental	- Hospital Psiquiàtric de Salt. - Hospital Santa Caterina (Parc Sanitari Martí Julià).

Taula 5: Classificació dels serveis i àrees de la regió sanitària de la província de Girona.

→ **El Gerent** de la Regió Sanitaria (RS) de la Província de Girona és el Sr. Josep Trias Figueras. Ell és el màxim responsable d'aquesta RS.

Com a gerent el seu principal objectiu, és l'assoliment de la direcció i la gestió així com, també la plena representació del Consell de Direcció, pel que fa referència a l'execució dels acords que s'han adoptat en aquest càrrec.

Però com a tal, el món sanitari també compleix una jerarquia, la qual cosa el gerent compta amb el suport d'unes unitats funcionals:

- La unitat de Planificació.
- La unitat d'Atenció al Ciutadà.
- La unitat de Compra de Serveis.
- La unitat de Suport Operatiu.
- La unitat de Farmàcia.
- La Direcció Operativa del Sector Sanitari Girona Nord.
- La Direcció Operativa del Sector Sanitari Girona Sud.

→ **L'Òrgan superior** de govern de la RS de Girona està format pel Consell de Direcció, que aquest alhora està format per: sis representants del Departament de Salut, dos representants dels Consells Comarcals i dos representants dels Ajuntaments. Aquests membres del Consell, són nomenats pel Conseller/a de Salut de la Generalitat, alhora també entre els representants del Departament de Salut. El mateix conseller/a és l'encarregat d'assignar la persona que assumirà la Presidència del Consell, que tindrà la representació institucional del Servei Català de la Salut en l'àmbit de la Regió assignada. En quant a les reunions del propi Consell, assisteixen -amb veu però sense dret a vot-, el/la gerent de la RS i un tècnic de la mateixa, que són escollits pel president de la tal.

→ El principal **Òrgan de Participació** és el Consell de Salut, és un òrgan de participació comunitària dintre de les demarcacions territorials que estableix el Servei Català de la Salut.

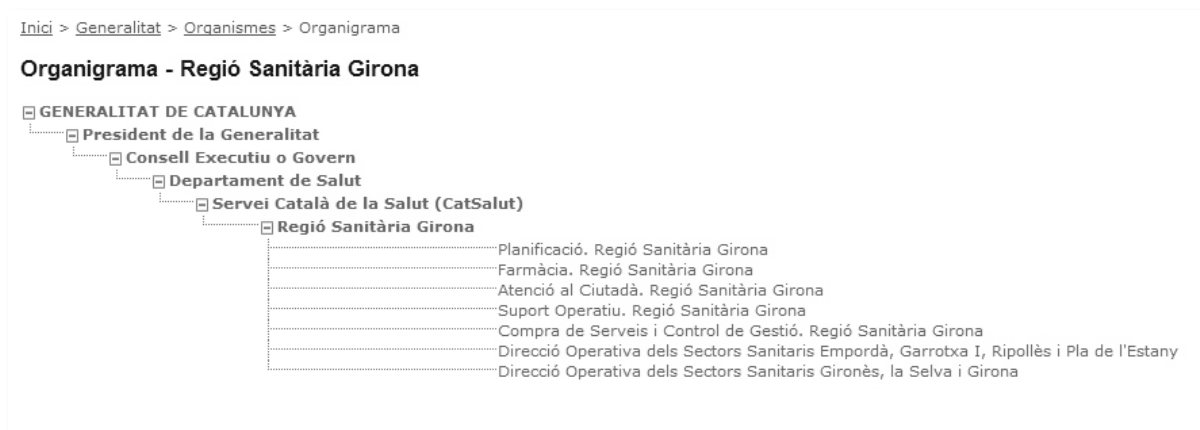
Aquest es compon de diversos membres que són representants nomenats pel conseller/a en funcions:

- Quatre representants de la Generalitat de Catalunya, un dels quals n'és el president.
- Dos representants dels consells comarcals.
- Dos representants dels ajuntaments.
- Dos representants de les organitzacions sindicals.
- Dos representants de les organitzacions empresarials.
- Un representant de les associacions de consumidors i usuaris.
- Un representant de les corporacions professionals sanitàries.

➔ La RS de Girona també té constància d'un Pla de Salut Territorial, aquest és el que constitueix el marc de referència respecte a les actuacions públiques del Govern de la Generalitat es refereix, dins de l'àmbit de la salut. En aquest Pla, s'estableix les estratègies d'actuació del Departament pels anys vinents en l'àmbit específic d'aquesta RS.

➔ Organigrama de la Regió Sanitària de Girona:

En Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC, 2013), estableix el següent organigrama per la Regió Sanitària de Girona:



Il·lustració 3: Organigrama de la Regió Sanitària de Girona.

❖ **Aquesta categorització Hospitalària (Distribució Sanitària) en la Província de Girona, i en referència a l'atenció pediàtrica.**

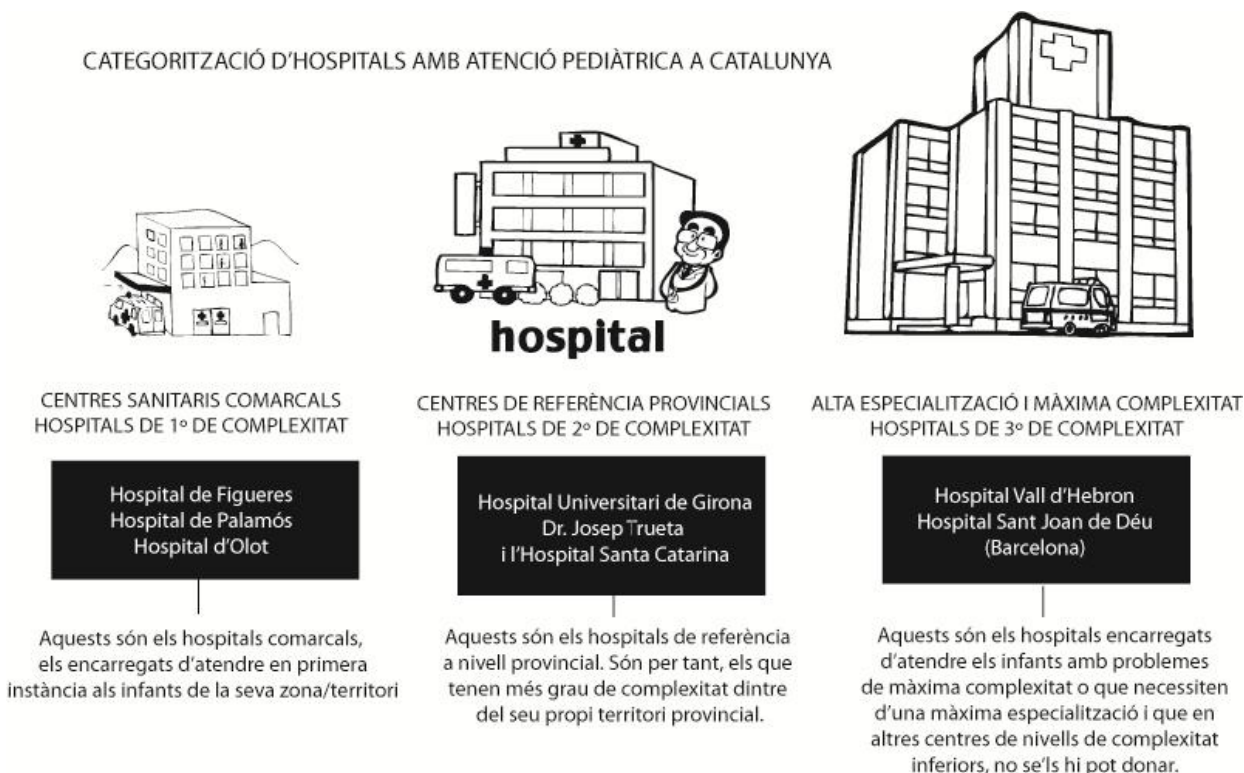
En aquest apartat, se centra l'atenció a l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, i quina és la funció que compleix aquest, com a tal dintre de la Província de Girona. D'aquesta manera, s'inclou a través d'una imatge gràfica i una taula gràfica, quins sons els centres que poden atendre als nostres infants, dintre d'aquesta àrea i quines funcions compleixen.

En primer lloc, es pot observar que dintre de la província de Girona es disposa de quatre hospitals públics, per tant, gestionats per l'Estat i la Seguretat Social. Tres d'ells: Hospital de Figueres, Hospital de Palamós i Hospital d'Olot de nivell 1, és a dir, amb categoria comarcal i de medicina general. I un últim més important: Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, que és un hospital de categoria provincial o de referència de nivell 2-3, perquè compte d'algunes especialitzacions en l'atenció adulta i pediàtrica (CatSalut, 2013).



Il·lustració 4: Hospitals de 2º Grau de Complexitat a la R. S. Girona.

En la Província de Girona els hospitals es dividirien segons el grau de complexitat de la següent manera:



Il·lustració 5: Categorització d'Hospitals amb Atenció Pediàtrica a la Regió Sanitària de Girona.

- **Procediment d'acollida i atenció dels pacients a l'Hospital Dr. Josep Trueta.**

En aquest apartat, es descriu quin és el procediment d'admissió i d'acollida d'un pacient a l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. El procediment és indiferent de si el pacient és adult o infant, per tant; en aquest apartat cal tenir en compte, que els infants que han de ser atesos a l'àrea pediàtrica tenen el mateix tractament que un pacient adult en la resta d'àrees (Institut Català de la Salut [ICSCAT], 2013).

En el moment que una persona -en aquest cas concret, un infant-, hagi d'ingressar a l'hospital, ha de dirigir-se a la Unitat d'Admissions del vestíbul de l'hospital. Ara bé, en cas que hagi d'ingressar abans de les 8 del matí, en diumenge o en festiu per a la tarda, s'ha de dirigir a admissions d'urgències.

Un cop allà, s'haurà d'identificar amb el DNI, el Passaport o el Llibre de Família. A més haurà d'acreditar l'entitat que finança la seva assistència mèdica amb: la targeta sanitària individual, la cartilla de la Seguretat Social, la targeta sanitària europea o la targeta de la seva mútua privada.

Un cop aquests primers tràmits s'han realitzat i s'ha formalitzat l'ingrés, el professional que l'ha atès, li indicaran cap a on s'ha de dirigir: a la unitat de recepció del pacient quirúrgic (situada a la segona planta) o bé a l'habitació que té assignada. En cas de ser dirigit a l'habitació, el pacient ha de dirigir-se al control d'infermeria, per tal que ells l'acompanyin a l'habitació corresponent.

L'ICSCAT (2014), informa de forma corresponent que els pacients han de dur els seus estris d'higiene personal així com també un calçat còmode. També, recomanen no dur objectes de valors, i informen dels recursos que disposa a l'habitació com: una televisió de pagament i un telèfon des d'on es pot rebre trucades de l'exterior i connexió a Internet (*contrasenya: TruetaObert*). Dintre de les recomanacions trobem: intentar mantenir l'espai on resideix net, malgrat que el servei de neteja passa cada dia, així com, es recomana també no rebre més de dues visites alhora.

- Pot disposar d'un acompanyant de manera permanent.
- Per la resta de visites, l'horari és el següent: De les 14 fins a les 21h, els dies feiners, i de les 11 a les 21h, els caps de setmana i festius.

Un cop s'ha produït l'ingrés, el pacient ha de saber que el personal mèdic el visitarà cada dia, i que només pot prendre la medicació que li serà adjudicada aleshores, pel personal sanitari -en cas que hi hagi un medicament que pren usualment, s'haurà d'indicar als professionals que l'atendran-, així com, també notificar al personal d'infermeria si tenia alguna visita o prova programada amb anterioritat. Referent a l'alimentació que rebrà el pacient, ha de saber que és recomanable no dur menjar de casa, ja que els especialistes li proporcionaran un aliment segons la seva dieta prescrita, i en cas que el pacient no tingui cap dieta prescrita, podrà escollir entre dos menús.

- Cada dia els horaris dels àpats són: Esmorzar: entre les 8,10h i les 9h. Dinar: entre les 12,30h i les 13h. Berenar: entre les 16h i les 16,45h. Sopar: entre les 19 i les 19,45h.

Els pacients estrangers, han de saber que tenen dret a sol·licitar l'ajuda d'un/a intèrpret per facilitar-los la comunicació amb els professionals sanitaris, o bé, per orientar-los en qualsevol tràmit que hagin d'efectuar.

En diverses zones de l'hospital, es disposa de màquines expenedores d'aliments i begudes, així com d'una petita botiga al vestíbul on es pot comprar la premsa diària i d'altres objectes. A més a més, en tot l'hospital es disposa de Wifi gratuït i d'una Ciber Aula situada a la tercera planta on hi ha els ordinadors públics on els usuaris poden fer-ne ús sempre per a les tardes. En el mateix espai de la Ciber Aula (planta 3: planta pediàtrica), durant els matins acull i es converteix en una aula escolar de pediatria. En ella, hi ha una mestra que intenta donar resposta a tots aquells pacients, que estiguin en edat escolar. L'hospital compta també, amb la col·laboració de voluntaris de diferents entitats i associacions que fan tasques no assistencials. Com ho són: els voluntaris de Creu Roja, o els Pallassos. A més a més, si durant l'hospitalització el pacient desitja assistència religiosa de qualsevol tipus o culte, la pot demanar a través del personal sanitari. En l'hospital hi ha un servei religiós catòlic les 24h al dia i s'oficia missa els caps de setmana a la capella situada a la planta 9ª. Un cop, el pacient hagi rebut l'alta, se li lliurà un informe mèdic per continuar el tractament i les receptes mèdiques corresponents (ICSCAT, 2013).

▪ **Altres consideracions:**

- Si el pacient necessita algun document justificatiu de l'ingrès, l'haurà de sol·licitar a la secretaria de la mateixa planta.
- Si el pacient (major d'edat) decideix abandonar l'hospital abans que el metge ho autoritzi, haurà de signar el document d'Alta Voluntària, que eximeix l'equip sanitari i el mateix centre de la responsabilitat que se'n puguin derivar.
- Si el pacient ha d'anar de visita a Consultes Externes, després de l'Alta Mèdica, se l'informarà del dia i l'hora, que se li ha programat.
- Per demanar certificats, còpies de documentació clínica, document de voluntats anticipades o si bé, té qualsevol problema derivat de la seva atenció sanitària, té en la seva disposició la Unitat d'Atenció a l'Usuari, situada al vestíbul de l'hospital (Horari: 8,30h a 14,30h).

▪ 2.4. INTRODUCCIÓ A L'INFANT HOSPITALITZAT

Félix López Sánchez (1995), Catedràtic de Psicologia Evolutiva de la Universitat de Salamanca afirma que l'infant hospitalitzat cobreix una llacuna important en la literatura científica, psicològica i mèdica. I pot ser que tingui tota la raó.

Durant segles s'ha classificat l'atenció del nen/a malalt des de dues perspectives, que considero fonamentals però no exclusives. La primera, es planteja des de la cura de la malaltia fisiològica, mitjançant fàrmacs i medicaments químics així com, també a través de les operacions quirúrgiques. La segona, es planteja mitjançant l'organització del seu ingrés hospitalari, tenint en compte només les variables de l'ordre i la tranquil·litat, dintre de la pròpia institució. Malgrat l'existència d'aquestes dues perspectives, no s'ha tingut en compte els aspectes psicosomàtics, que aquest fet pot comportar a l'infant fins fa relativament poc (Palomo del Blanco, 1995).

Aspectes rellevant, que han marcat la història que ens parla Félix López Sánchez (1995). El no permetre que els pares poguessin romandre al cantó de l'infant durant tot el procés d'hospitalització -com ho són l'ingrés al centre mèdic, a les habitacions durant les nits, en el moment de les cures, etc.-, així com, també la no informació per part dels professionals sanitaris, als pares i seguidament i pot ser més important, al mateix infant. Aquestes pràctiques, han fet que durant les últimes dècades, alguns professionals s'hagin plantejat si realment aquestes pràctiques, no eren contraproductes per la millora d'aquest infant, ja que tenien el poder de generar més por i patiment al propi pacient.

Actualment, sembla que la resposta a aquest plantejament està més que justificada - nombrosos estudis i noves pràctiques d'intervenció psicològica-, ho demostren. Sabem que és necessari i obligatori tenir en compte i cura del procés d'hospitalització. Alhora també sabem que s'ha de tenir en compte l'evolució de les malalties, les operacions, les intervencions quirúrgiques, les cures, els moments d'oci, la família del pacient, l'escolarització d'aquest, etc. per tal de poder vetllar per la vida i el benestar d'aquest. Els professionals que es dediquen i investiguen en aquest àmbit, actualment tendeixen cap a la millora i el desenvolupament de noves pràctiques sanitàries, socials i educatives, perquè saben que hi ha molt en joc (López Sánchez, 1995).

Però, com s'ha arribat a aquest punt des de la pedagogia hospitalària? A continuació en faig una breu introducció històrica.

▪ 2.5. BREU HISTÒRIA DE LA PEDAGOGIA HOSPITALÀRIA I L'ATENCIÓ A L'INFANT HOSPITALITZAT

La Pedagogia Hospitalària, té com a objectiu intentar donar resposta a una realitat social. Intentar donar continuïtat al procés educatiu, d'aquelles persones que estan malaltes i convalescents o que estan en un procés hospitalització (breu o crònic). Així com, també de destinar respostes a les famílies d'aquests i a totes aquelles persones, que interfereixen d'alguna manera o d'altra en la vida d'aquestes. Però és cert, que tal com assegura Rocío Cárdenas Rodríguez i Fernando López Noguero (2006), la Pedagogia Hospitalària ha d'anar molt més enllà de l'acció educativa formal i centrada en infants crònics, i com a tal, ha de tendir a voler i poder atendre les necessitats, de tota la població de l'àmbit hospitalari. Aquesta branca de la Pedagogia social, s'ha de caracteritzar per treballar la realitat socioeducativa des de l'educació al llarg de tota la vida, ja que és un dret bàsic i fonamental, per sobre de qualsevol circumstància. Per tant, es podria dir que els pedagogs cada cop més, hem d'assolir com a objectiu principal, aquell que orienta de la millor forma possible la manera d'aguantar i resistir una situació, que en la majoria dels casos, supera al pacient i als seus familiars. Una situació, com ho pot ser una malaltia, una intervenció quirúrgica, un procés d'hospitalització o la pròpia mort i el seu dol.

L'activitat pedagògica, en relació amb infants hospitalitzats com a complement mèdic de l'acció mèdica en els mateixos hospitals, ha adquirit força des de fa anys, en molts diversos països europeus i nord-americans (Polaino-Lorente i Lizasoain, 1992). Però sabem que això, no sempre ha estat així. En dècades passades, com ja s'ha comentat anteriorment, d'un bon principi si que eren oberts a tothom, però de sobte, els departaments infantils estaven tancats i prohibits inclús als mateixos pares. L'ambient que es respirava, es considerava rígid i restringit al personal sanitari, però en cap cas s'hi considerava la mínima possibilitat d'obrir les portes a l'educació, ja que es considerava que aquell espai només hi havia espai per vetllar la tranquil·litat i la bona pràctica d'aquest personal.

Aquest fet però, va començar a canviar a partir de la Segona Guerra Mundial. En aquest moment històric, nombrosos pediatres i psicòlegs que treballaven en aquests departaments van començar a obrir les portes a una possibilitat de millora. Les raons d'aquest fet, van ser les freqüents i greus alteracions psicològiques que alguns professionals van començar a observar en infants que es trobaven hospitalitzats en llargs períodes de temps i que per tant, eren allunyats del seu entorn familiar i social, per diverses causes com podien ser haver petit accidents bèl·lics i/o quedar-se orfes. Aquests van ser els primers fets que van cridar l'atenció dels professionals, que van començar a plantejar-se l'estat emocional dels infants hospitalitzats. A partir d'aquí, van començar a entrar a les àrees pediàtriques hospitalàries alguns professionals de l'educació (docents), que tenien com a objectiu principal la prevenció del "hospitalisme", recolzats per algunes teories i estudis del moment (Polaino-Lorente i Lizasoain, 1992).

❖ ALGUNES GRANS APORTACIONS QUE VAN CONTRIBUÏR EN LA MILLORA D'AQUESTA ATENCIÓ A L'INFANT HOSPITALITZAT:

▪ EL SÍNDROME D'HOSPITALISME de René Spitz

En el 1946 René Spitz (Metge i Psiquiatre), va descriure el concepte d'hospitalisme, com aquell terme que englobava la prevenció de les alteracions físiques i psíquiques que els nens podien patir com a conseqüència d'un prolongat internament. S'especificava que l'internament havia de ser en una institució sanitària o bé en un hospici, i que en conseqüència, aquests infants es veien privats de l'afectivitat dels seus pares. René Spitz, va estudiar el desenvolupament psicoafectiu de 100 infants que vivien en un orfenat a Nova York durant la Segona Guerra Mundial. Malgrat que aquests infants estaven ben atesos, Spitz va poder observar que aquests infants entraven en un estat d'abaltiment (insuficiència anímica) i estupor (estat d'inconsciència), que podia portar-los i/o provocar-los la mort. Més endavant, va poder observar i comprovar, com aquests dos estats psicològics, desapareixien en el moment que els infants veien a les seves mares (Moya Guirao, 2013).

D'aquesta manera, Spitz va convertir-se en el primer professional que va demostrar que, no només era important atendre les necessitats i cures físiques dels infants hospitalitzats, sinó que també era necessari atendre les necessitats emocionals d'aquests. Necessitats com ho podien ser el fet de: parlar-los, mantenir converses amb ells, somriure'ls, abraçar-los, etc. Gràcies als seus estudis, es va començar a permetre a les mares acompanyar als seus fills en aquest procés d'hospitalització, demostrant així, que l'acompanyament matern era un factor que ajudava a la millora i a una més ràpida recuperació de l'infant, alhora que disminuïa la seva ansietat. Des d'aquell moment, és considerat un dels principals autors que es van qüestionar els efectes que tenia l'hospitalització (de llarga durada) sobre la salut física i psíquica en els nens i nenes (Moya Guirao, 2013).

René Spitz (1887 -1974) - Metge i Psiquiatre psicoanalista del segle XX

En l'any 1935-36, René Spitz va centrar els seus estudis específicament al desenvolupament de l'infant. Va ser així, com va convertir-se e un dels primers investigadors que van utilitzar com a mètode d'investigació, l'observació d'aquests mateixos. Entre els nombrosos estudis que va fer i que destaquen en aquest treball, són els estudis sobre la privació materna i emocional dels infants hospitalitzats o internats en orfenats.



Termes i conceptes que René Spitz va designar al conjunt de pertorbacions somàtiques i psíquiques, provocades en els infants (durant o a partir dels 18 primers mesos de la vida), i causades per la permanència prolongada o permanent en una institució hospitalària. El quadre clínic que es presentava, era la pèrdua d'expressió mímica del somriure, el mutisme, l'anorèxia, l'insomni, la pèrdua de pes i el retràs psicomotor global, entre d'altres. En qualsevol cas, el doctor, assegurava que el diagnòstic era reversible, ja que es conclouia ràpidament, quan l'infant deixava de ser privat d'afectivitat parcial dels seus propis pares. Només en el cas, que la privació de tal afectivitat superés les divuit setmanes, el nen/a probablement segons Spitz, passaria a un estat "d'hospitalisme" (Spitz, 2001).

En aquest cas, era possible que l'infant fos incapaç d'establir contacte afectiu permanent en el futur. Concloent doncs, que aquest mateix estat podia generar danys irreversibles, provocant fins i tot la mort de l'infant hospitalitzat (Alvívar Sornoza, 2011).

▪ **LA PELLÍCULA Documental: "Un niño de dos años va al Hospital" de ROBERTSON**

L'any 1953, Robertson filma un convincent documental que va servir per canviar les maneres utilitzades, en el que fa referència a la cura i el tractament mèdic dels infants hospitalitzats en els hospitals. Hospitals en els quals, s'impedia la permanència i l'estança de les mares amb els seus fills malats. Aquest film fou realment important, ja que va mostrar una realitat molt impactant. El motiu principal, fou perquè es podia veure l'intens estrès emocional que manifestava un infant, al ser separat dels seus pares durant una setmana, mentre aquest era intervingut quirúrgicament d'un problema lleu. Més tard -l'any 1958-, Robertson amb una ajuda econòmica del Servei Nacional de Salut Pública del Centre Internacional de la Infància, així com, també amb l'ajuda financera de diversos col·laboradors, va poder filmar de nou, un segon experiment. Aquest va ser anomenat amb el títol de: "*Ir al Hospital con mi madre*".

Gràcies a aquests dos experiments cinematogràfics, Robertson va rebre per part de l'OMS (Organització Mundial de la Salut), un contracte per la difusió del film i la seva utilització per l'ensenyament i l'entrenament del personal sanitari d'aquella l'època (López Sánchez, 1995).

▪ **LA TEORIA DEL LLIGAM O L'AFERRAMENT AFECTIU de Jhon Bowlby**

Jhon Bowlby l'any 1958, va contribuir amb la construcció d'una de les teories més sòlides, dintre del camp del desenvolupament socioemocional. D'ençà que Bowlby va començar als anys 40-50, a fer les primeres teories fins a l'actualitat, la seva Teoria de l'Atacament Afectiu ha patit nombroses modificacions, que han acabat validant les primeres impressions de l'autor. Aquest, es distanciació molt més dels plantejaments teòrics psicoanalítics com els que plantejava i tenia en compte Spitz. Bowlby assegurava que el vincle que es creava entre mare-fill era d'amor interessat. Un vincle que es creava en el moment en qual l'infant tenia les primeres experiències amb l'alimentació materna (lactància) i del contacte amb el pit de la mare (Urizar Uribe, 2012).

Jhon Bowlby va saber elaborar una teoria, més a prop de l'etologia i la psicologia evolutiva. Ell considerava que l'aferrament entre mare-fill, era una conducta instintiva amb un grau valor d'adaptació, però que no només era això. L'any 1969, basant-se amb la teoria dels sistemes de control, va plantejar que la conducta instintiva no era una pauta fixada en el comportament, que es reproduïa sempre de la mateixa manera davant d'una determinada estimulació. Afirmava que era més aviat, un pla programat amb una correcció d'objectius en funció de la retroalimentació que s'adaptava, modificant-se així, a les condicions ambientals (Delgado, 2004). I que es vol intentar dir amb això?

Doncs que la teoria de l'Aferrament Afectiu, està realment validada en quan se sap que el contacte continu amb el nadó/infant, la seva cura i criança i la sensibilitat que mostren els adults a les seves necessitats i demandes, estan presents en tots els models culturals. John Bowlby assegurava que un infant que sap que la seva persona d'aferrament és accessible i sensible a les seves demandes, aconsegueix un fort i penetrant sentiment de seguretat que l'ajuda a alimentar el valor i la continuïtat de la relació entre els dos (adult - infant). Així doncs, confirmava la seva teoria conclouent que, des d'una perspectiva evolutiva, es podia explicar per què els nens es convertien en persones emocionalment lligades als seus pares i cuidadors, i alhora, emocionalment angoixats quan eren separats d'aquests (Alcívar Sornoza, 2011).

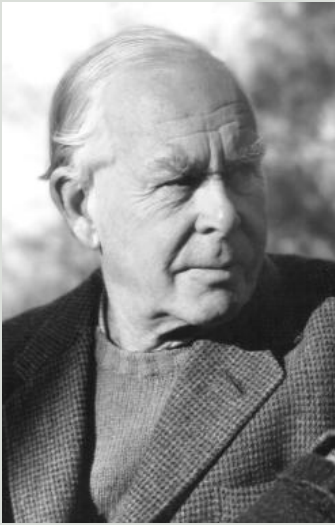
Concloent, tal com ho fan Olivia Delgado (2004) i Jéssica Monserrat Alcívar Sornoza (2011), en els seus respectius treballs que, la Teoria del Lligam és aquella que demostra que, els infants generen un seguit de conductes. Conductes que tenen com a finalitat, produir una resposta dels propis pares i així vincular-se amb ells, com per exemple ho són: el plor, els somriures reflexius (entre dues persones), el balbuceig o la necessitat de ser bressolat, etc. D'aquesta manera totes les persones, des de nadons el que intentem és buscar i mantenir una proximitat afectiva amb la figura d'aferrament (normalment la mare i/o el pare), que es resisteix a la separació durant aquesta etapa pediàtrica. Quan hi ha algú -tercers-, que intenta separar-los o directament la pròpia figura d'aferrament, l'infant genera conductes defensives i que mostren ansietat i desesperació, ja que el lligam afectiu és la base de la nostra seguretat, des que naixem.

Bowlby per tant, és rellevant segons aquestes autores en relació amb aquest treball perquè, es verifica que els infants tenen aquesta predisposició innata a la vinculació per dos motius: el primer és la supervivència física i el segon, l'estructura mental. I seguidament, perquè s'assegura que la psique es construeix en interrelació amb altres éssers humans, i que els trastorns del vincle afectiu, repercuteixen en el desenvolupament psico-evolutiu de l'infant. Per tant, es conclou que és bàsic desenvolupar aquesta afecció de forma més segura, és a dir, generant bones relacions familiars. Fer-ho, facilitat l'afrontament dels conflictes o problemes de forma més adequada i competent, generant en l'infant, noves estratègies per afrontar l'estrès en circumstàncies concretes i diverses.

John Bowlby (1907 -1991) - Un psicòleg dels més influents en el segle XX

En l'any 1958, va contribuir en la millora de l'atenció clínica amb infants, amb la creació de la seva teoria de l'Afecció Afectiva, que tenien els infants -especialment els nadons-, amb la seva mare.

"La Teoria de Lligam o l'Aferrament Afectiu"



Va ser gràcies al treball que exergia en institucions amb infants que eren privats de la figura materna, que John Bowlby va formular la seva teoria de l'Aferrament Afectiu. El psicòleg, afirmava que l'afecció és el vincle emocional que desenvolupa l'infant amb els seus pares (o cuidadors/tutors), i que és aquest, el que proporciona la seguretat emocional indispensable pel bon desenvolupament de la personalitat de l'infant.

L'autor posava les bases de la seva tesis, en que l'estat de seguretat, d'ansietat i de temor que té l'infant és determinat -majoritàriament-, per l'accessibilitat i la capacitat de resposta de la seva principal figura d'afecte. És a dir, el nivell de benestar respecte a aquests tres indicadors, ve determinat pel nivell d'afecció que té l'infant amb la persona adulta i amb el qual es sent vinculat. L'afecció proporciona la seguretat emocional a l'infant -fent que es senti d'aquesta manera acceptat i protegit-, incondicionalment (Urizar Uribe, 2012).

L'autor va ser influenciat per autors com Konrad Lorenz i la seva Teoria Instintiva i Harry Harlow i el seu descobriment de la necessitat universal del contacte, qui va ajudar-lo directament a construir la Teoria del Lligam (Alvívar Sornoza, 2011).

A causa de l'interès que es va despertar durant els anys 40 i 60, pel benestar emocional del nen/a malalt i hospitalitzat, es van crear algunes organitzacions i revistes relacionades amb la psicologia pediàtrica (López Sánchez, 1995).

Alguns exemples, que s'han considerat importants destacar:

- **L'Institut Nacional de la Salut Mental** va publicar l'any 1966, un llibre sota el títol de: *"El color rojo de las heridas: planificando el hospital para los niños"*. La seva finalitat, era tenir en compte totes les necessitats emocionals de l'infant hospitalitzat. En ell, si podia llegir un seguit de recomanacions per tal de reduir l'estrès alhora enfrontar-se a una experiència hospitalària. També és important destacar, l'apartat de recomanacions d'aquest, a l'hora de canviar les polítiques aplicades en el context hospitalari.
- **Emma Plank** va fundar una organització, amb el nom de: Asociación Americana para el Cuidado del Niño en el Hospital. Alhora que a l'any 1962, va fer la publicació d'un llibre propi amb el nom de *"El cuidado psicológico del niño enfermo en el hospital"*. En aquest llibre, es descriuen per exemple: els problemes emocionals dels nens abans de l'ingrés al centre sanitari, les relacions entre els infants hospitalitzats, aspectes lúdics i activitats ocupacionals, aspectes escolars o la preparació pels processos quirúrgics. L'autora va ser una pionera en posar per escrit, preocupacions i aspectes que obstaculitzaven el caràcter tècnic i pràctic, com ho podien ser les reaccions dels infants quan es produïa una mort. Anys després, Plank va dissenyar nombrosos programes lúdics i activitats educatives per tal de contribuir en la disminució dels efectes negatius durant l'estança hospitalària.

Amb la mateixa línia, trobem també al 1986, la redacció d'un document per part del Parlament Europeu, per tal de recollir en ell els principis fonamentals i lògics, i per tant, també tots aquells drets -en total 23- que tenen els menors d'edat, quan estan en un procés d'hospitalització i es troben ingressats en un centre sanitari/hospitalari. M'estic referint a la Carta Europea dels Drets de l'Infant Hospitalitzat¹.

¹ Carta Europea dels Drets de l'Infant Hospitalitzat de 14 Abril. Diari Oficial de les Comunitats Europees. núm C 148/37 i 148/38 (1986)

▪ **LA CARTA EUROPEA DELS DRETS DE L'INFANT HOSPITALITZAT**
(Serie A - Document A 2-25/86 - 14 d'Abril 1986)

El Parlament Europeu en la sessió del dia 11 de febrer de l'any 1985, va remetre una proposta de resolució fent referència a una carta dels nens hospitalitzats a la Comissió de Medi Ambient, Salut Pública i Protecció del Consumidor. Va fer-ho, per tal que fos examinada detingudament. També i posteriorment, va ser transmesa a la Comissió d'Assumptes Jurídics i de Drets Cívics, la Comissió d'Assumptes Socials i de Treball i a la Comissió de Joventut, Cultura, Educació Informació i Esports, per tal de recollir la seva opinió al respecte.

En data del 18 de març del mateix any, per una unanimitat, es va adoptar el conjunt d'aquesta proposta, entregant-se el dictamen el dia 2 d'abril, del mateix any. En aquesta proposta, s'hi recollia una intencionalitat de poder brindar -ja que era un dret fonamental-, la millor assistència mèdica possible, especialment als infants durant els primers anys de vida. En segon lloc, també el Parlament Europeu volia anunciar públicament, la seva inquietud respecte al fet de les retallades pressupostàries, aplicades en nombrosos Estats membres, en aquells moments. Aquestes retallades, afectaven greument el sector de la sanitat pública, i alhora provocaven afectacions en les condicions sanitàries dels ciutadans i per tant, s'entén que també en els infants (Polaino-Lorente i Lizasoain, 1992).

D'aquesta manera, el Parlament Europeu sol·licitava a la Comissió, que presentés amb urgència una proposta de Carta Europea dels Drets del Pacient. Al mateix temps, també volia que es presentés una Carta Europea dels Drets de l'Infant Hospitalitzat. En l'últim cas, el que és refent als Infants Hospitalitzat, es sol·licitaven els següents drets:

1. Dret de l'infant a ser hospitalitzat només en cas de no poder rebre les cures necessàries en el seu domicili o en un ambulatori i si es coordinen oportunament a fi de què l'hospitalització sigui el més breu i ràpida possible.
2. Dret de l'infant a l'hospitalització diürna sense que això suposi una càrrega econòmica addicional als pares.

3. Dret a estar acompanyat dels seus pares o de la persona que els substitueixi el màxim de temps possible durant la seva permanència a l'hospital, no com espectadors passius sinó com elements actius de la vida hospitalària sense que això comporti costos addicionals: l'exercici d'aquest dret no ha de perjudicar ni obstaculitzar l'aplicació dels tractaments als que s'ha de sotmetre l'infant.
4. Dret de l'infant a rebre una informació adaptada a la seva edat, al seu desenvolupament mental, al seu estat afectiu i psicològic, respectant el conjunt del tractament mèdic al que està sotmès i a les perspectives positives que aquest tractament ofereix.
5. Dret de l'infant a una recepció i seguiment individuals destinant en la mesura possible els mateixos infermers i auxiliars per aquesta recepció i les cures necessàries.
6. El dret a negar-se (per boca dels seus pares o de la persona que els substitueixin) com a subjectes d'investigació i a refusar qualsevol cura o examen amb un propòsit primordialment educatiu o informatiu i no terapèutic.
7. Dret dels seus pares o de les persones que els substitueixin a rebre totes les informacions relatives a la malaltia i al benestar de l'infant, sempre que el dret fonamental d'aquest respecte a la seva intimitat no en resulti afectat.
8. Dret dels pares o de la persona que els substitueixi a expressar la seva conformitat amb els tractaments que s'apliquen a l'infant.
9. Dret dels pares o de la persona que els substitueixi a una recepció adequada i a un seguiment psicosocial a càrrec de personal amb formació especialitzada.
10. Dret a no ser sotmès a experiències farmacològiques o terapèutiques. Només els pares o la persona que els substitueixi, degudament advertits dels riscos i dels avantatges d'aquests tractaments, tindran la possibilitat de concedir la seva autorització, així com de retirar-la.
11. Dret de l'infant hospitalitzat, quan estigui sotmès a experimentació terapèutica, a estar protegit per la Declaració de Helsinki de l'Assemblea Mèdica Mundial i les seves subsegüents actualitzacions.
12. Dret a no rebre tractaments mèdics inútils i a no suportar sofriments físics i morals que puguin evitar-se.

13. Dret (i mitjans) de posar-se en contacte amb els seus pares o amb la persona que els substitueixi en moments de tensió.
14. Dret a ser tractat amb tacte, educació i comprensió i a que es respecti la seva intimitat.
15. Dret a rebre, durant la seva permanència a l' hospital, les cures a través d'un personal qualificat que conegui perfectament les necessitats de cada grup d'edat tant en el pla físic com en l'afectiu.
16. Dret a ser hospitalitzat junt amb d'altres infants, evitant la seva hospitalització entre adults.
17. Dret a disposar de locals moblats i equipats de manera que responguin a les seves necessitats en matèria de cures, d'educació i de jocs, així com a les normes oficials de seguretat.
18. Dret a continuar la seva formació escolar durant la seva permanència a l'hospital, i a beneficiar-se de l'ensenyament dels mestres i del material didàctic que les autoritats escolares posin a la seva disposició, en particular en el cas d'una hospitalització perllongada, amb la condició de què aquesta activitat no causi perjudicis al seu benestar i/o que no obstaculitzi els tractaments que es segueixen.
19. Dret a disposar durant la seva permanència a l'hospital de joguines adequades a la seva edat, de llibres i mitjans audiovisuals.
20. Dret a poder rebre estudis en cas d'hospitalització parcial (hospitalització diürna) o de convalescència en el seu propi domicili.
21. Dret a la seguretat de rebre les cures que necessita - fins i tot en el cas que fos necessària la intervenció de la justícia - si els pares o la persona que els substitueixi se'ls nega per raons religioses, de retard cultural, de prejudicis o no estan en condicions de donar els passos oportuns per a fer front a la urgència.
22. Dret de l'infant a la necessària ajuda econòmica i moral, així com psicosocial, per ser sotmès a exàmens i /o tractaments que s'hagin d'efectuar necessàriament a l'estranger.
23. Dret dels pares o de la persona que els substitueixi a demanar l'aplicació de la present Carta en el cas de que el infant tingui necessitat d' hospitalització o d' examen mèdic en països que no formen part de la Comunitat Europea.

El 13 de maig d'aquell 1986, definitivament va ser publicada aquesta Carta Europea, i encara segueix vigent. Però és evident que els drets que s'hi enumeren defineixen una sèrie d'orientacions bàsiques i morals, però en cap moment, quelcom amb sentit jurídic. Per aquest motiu, dins l'hospitalització infantil, és comú incomplir-los. Per posar un exemple; no tots els centres sanitaris permeten que el pare/mare pugui acompanyar al seu fill/a abans d'entrar a un quiròfan, així com tampoc permeten que estiguin presents després d'una intervenció quirúrgica i la següent "desperta" posterior a l'efecte de l'anestèsia.

Altres aspectes, que molts hospitals no tenen en compte i que incompleixen com a tal, és que els professionals sanitaris puguin explicar d'una forma adequada a l'edat del pacient, què és el que se li farà, així com tampoc dissenyar un espai de joc dins del centre, ni que els infants comparteixin una mateixa planta indiferentment de la patologia que presentin. Tots aquests factors que com ja anirem veient, són primordials, per tal que l'ansietat del petit pacient, sigui menor i en conseqüència, no resulti contraproductiu per la seva millora.

Actualment, existeixen un gran nombre de revistes, organitzacions i portals d'Internet, que apleguen i recullen tots els estudis i pràctiques que es van desenvolupant en aquest context sociocultural (Polaino-Lorente i Lizasoain, 1992). Per anomenar-ne algunes podem destacar:

- **L'Association for the Care of Children's Health (ACCH)**, que en català és quelcom semblant a "L'Associació per a la Cura dels Infants Malalts". Aquesta, tracta de promoure el benestar psicosocial dels infants i les seves famílies, en diversos escenaris sanitaris. La mateixa associació, també compta amb la publicació d'una revista (*Children's Health Care*), on es publiquen majoritàriament, temes del desenvolupament de programes que tenen en compte les necessitats de les quals, ja m'he referit anteriorment. Aquesta és rellevant, perquè des dels seus inicis, és defensora de drets d'aquests infants i de les seves famílies.

Drets com, la participació activa dels pares en les cures dels infants, sense limitar les visites hospitalàries, així i com, també de l'estimulació de pràctiques sanitàries o cures mèdiques alternatives, per tal d'evitar l'hospitalització sempre que sigui possible.

- Actualment en el nostre país, també s'estan desenvolupant programes de preparació psicològica, per ajudar als infants a afrontar les experiències hospitalàries. Un dels programes més internacionals i reconeguts mundialment és el **Programa de Child Life** (Programa Vida Infantil). Aquest, està format per professionals i especialistes en la vida infantil. Aquests tenen com a objectiu principal, promoure el desenvolupament òptim i integral dels infants hospitalitzats, mantenint així, els patrons de vida normals i disminuint els traumes psicològics durant l'estança en el centre sanitari. Les tasques d'aquest professional, sovint són de treball cooperatiu així com, també oferint un suport als professionals sanitaris en diverses situacions o problemàtiques.

Així doncs i arribat a aquest punt, no puc deixar de dir que, malgrat que a les experiències anteriorment anomenades existeixen, el major nombre d'activitats pedagògiques que es desenvolupen als hospitals europeus es centren predominantment en "l'Ensenyament Formal" i prou.

Això comporta que, des dels Òrgans de Govern i els Departaments corresponents: en el cas de Catalunya és el Departament d'Ensenyament i en l'àmbit Nacional, el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, es procedeix a contractar personal docent -és a dir, mestres-, per tal d'impartir classes en els centres sanitaris, o bé, es creen dintre dels propis centres sanitaris, escoles especials per a tal finalitat. La qual cosa, no em sembla estrictament un problema, ara bé, si que m'ho sembla, quan des de les administracions corresponents, només es té en compte aquest aspecte dels nostres infants hospitalitzats.

➔ **El Cas d'Espanya n'és un exemple:**

Les activitats pedagògiques hospitalàries en el nostre país, segueixen la línia d'actuació europea.

Aquestes activitats, es centren exclusivament en l'ensenyament formal impartit per professors d'ensenyament primari. Professionals que són contractats pel Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, o bé, pel Instituto Nacional de la Salud (Insalud). (Polaino-Lorente i Lizasoain, 1992).

Aquest tipus d'activitats van començar al nostre país l'any 1982, arran de la publicació de la Ley de Integración Social de los Minusválidos², en el qual l'article 29 del mateix estipula el següent:

"Tots els hospitals, tant infantils com de rehabilitació, així com aquells que tinguin serveis pediàtrics permanents, siguin de l'Administració de l'Estat, dels Organismes Autònoms dependents d'aquesta, de la Seguretat Social, de les Comunitats Autònomes i de les Corporacions Locals, així com, també els hospitals privats, que regularment ocupen quan menys la meitat dels seus llits, amb malalts estança de la qual i atenció sanitària siguin abandonades amb càrrec a recursos públics, hauran de disposar d'una secció pedagògica per prevenir i evitar la marginació del procés educatiu dels alumnes en l'edat escolar internats en tals hospitals nomenats". (p.11108)

Possiblement, l'exemple més oposat a les pràctiques típiques que he acabat de mencionar, es desenvolupen dins de l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (HSJDBCN). Sent aquest així, un dels hospitals més importants en el nostre territori i també en l'àmbit europeu i internacional, pel que es refereix als Hospitals Pediàtrics. L'HSJDBCN té un departament de Child Life -ubicat dins del Programa Hospital Amic-, des d'on s'intenta assegurar, gestionar i vetllar pel benestar emocional a través d'intervenció psicològica i activitats educatives i terapèutiques. En aquest, per tant, es treballa amb l'infant i la família integralment, durant i a través de totes possibilitats circumstancials, que es pot trobar el pacient: des del procés d'hospitalització o bé, la simplement estança esporàdica de l'infant dintre del centre sanitari per diversos motius, com ho poden ser: les urgències, les visites als especialistes o les intervencions quirúrgiques.

Però és cert que això, és fins i tot podríem dir, un tret característic d'aquest hospital materno-infantil de Barcelona, ja que en la majoria dels hospitals del territori català -sobretot generals, de referència, i a més a més de públics-, que tenen una atenció pediàtrica dins del seu centre, simplement tenen una aula hospitalària a la seva disposició.

² Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, BOE núm. 103 (1982).

Aquesta en concret, està subvencionada per La Caixa, i esdevé un espai on treballen un o diversos professionals de la docència per tal de respondre a uns objectius acadèmics. També hi poden haver, però cada cop menys a causa de les retallades, les intervencions d'especialistes com ho poden ser la dels Pallassos d'Hospital, que vetllen per la disminució d'aquest estrès, que tant s'ha mencionat a través del riure.

❖ **UN BON EXEMPLE DE PRÀCTICA PEDAGÒGICA I PSICOPEDAGÒGICA AMB INFANTS HOSPITALITZATS: PROGRAMA HOSPITAL AMIC: SERVEI CHILD LIFE - HOSPITAL MATERNO-INFANTIL SANT JOAN DE DÉU (HSJDBCN - ESPLUGUES DE LLOBREGAT - BARCELONA).**

▪ **QUÈ ÉS L'HOSPITAL AMIC DE L'HSJD?**



Hospital Amic, és un Programa dissenyat dins del Pla Estratègic del 2005-2008, amb un gran objectiu: Millorar l'experiència dels infants hospitalitzats. Aquest programa permet acollir, acompanyar i atendre els infants i les seves famílies, en les millors condicions possibles. Ho fan, basant-se en els valors de la solidaritat i l'hospitalitat, i sempre posant l'èmfasi en la innovació. L'Hospital Sant Joan de Déu Barcelona (2014), i el Programa Hospital Amic concretament, es defineix de la següent manera en la seva web:

"El nostre hospital ha compaginat sempre la innovació amb els valors de la solidaritat i l'hospitalitat. Per això, i a partir del que estableix el Pla estratègic 2005-2008, s'ha creat el programa Hospital Amic, que permet acollir en les millors condicions els nens i les seves famílies. aquest programa té un decàleg de compromisos i disposa d'un conjunt de serveis i professionals, per a poder aconseguir-los. L'objectiu del programa Hospital Amic, és aconseguir que el nen i la seva família, puguin viure la hospitalització de la forma més positiva possible."

Per tal d'acomplir-ho l'Hospital Sant Joan de Déu, estableix 10 compromisos:

Els 10 compromisos establerts en el Pla estratègic 2005-2008 amb la creació d'Hospital Amic de HSJDBCN	
1	L'hospital prioritzarà sempre l'atenció ambulatoria i només hospitalitzarà al nen quan sigui imprescindible.
2	L'hospital opta per un model d'atenció centrat en la família , i per tant incorpora plenament als pares en el procés d'atenció.
3	Les estructures estaran pensades per acollir l'acompanyament de la família i el disseny s'orientarà als nens.
4	L'hospital sense dolor serà un dels pilars fonamentals en el treball assistencial, eliminant patiments físics que siguin evitables.
5	L'hospital tindrà professionals formats en tècniques per afrontar situacions estressants i minimització de l'ansietat .
6	L'hospital garantirà la continuació de l'escolaritat .
7	L'hospital oferirà alternatives de distracció i joc durant l'estada del nen.
8	L'hospital buscarà mecanismes per assegurar el dret a la participació dels nens.
9	L'hospital potenciarà el dret a la informació orientat als suports informatius a la comprensió per part dels nens.
10	L'hospital facilitarà els recolzament entre famílies a partir dels moviments associatius.

Taula 6: Els 10 compromisos del pla estratègic 2005-2008 d'hospital amic de l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

▪ QUI FORMA PART D'HOSPITAL AMIC?

Hospital Amic, està fonamentat de 10 ítems (per ells, anomenats "compromisos" - i que es poden veure en la taula anterior-), que permeten dissenyar i desenvolupar un conjunt de serveis i professionals especialitzats, per tal d'aconseguir-los i complir-los. Així doncs, podem dir que el programa inclou un conjunt de recursos, destinats a facilitar una vivència el més positiva possible de la hospitalització en l'infant. Així com, també inclou un conjunt de serveis posats a disposició de les famílies, per fer l'estada més confortable (Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, 2014).

Els Recursos i Serveis que formen l'Hospital Amic són els següents:

- **Aula Hospitalària l'Escola dels Pins** "*Per seguir connectats*": L'Escola dels Pins, està dirigida per quatre professionals en Educació Infantil i Primària, que ajuden als pacients a mantenir el ritme escolar i curricular, el més quotidià possible durant el temps de l'hospitalització. Normalment és un servei que es contempla, a partir de la primera setmana d'ingrés i a les hospitalitzacions de llarga durada.
- **Interiorisme**, "*Entorns agradables*": Un entorn ple de simpàtics animals, escenes i personatges de fantasia, paisatges màgics, etc. Les zones de l'hospital intenten crear una atmosfera agradable per tal que la percepció dels petits pacients no sigui tan negativa.
- **Mediació Intercultural**, "*Per entendre millor el que passa*": De la Mediació Intercultural, s'encarrega la Khadija Abdelhadi, una professional encarregada de facilitar la comunicació i la relació entre el personal clínic i administratiu de l'hospital amb els pacients d'altres cultures. Aquests tipus de pacients, sovint tenen una barrera idiomàtica i de tipus cultural que els impedeix en molts aspectes, la seva estança a l'hospital.
- **Voluntaris**, "*Companyies solidàries*": El Voluntariat de l'hospital és una part molt viva i identificativa de la pròpia institució. Ja són més de 200 voluntariats els encarregats de programar, dissenyar i desenvolupar diferents activitats lúdiques als pacients. També són ells, els que realitzen un servei de suplència paternal/maternal. Ho fan, quan els familiars no hi poden ser i/o tampoc poden acompanyar en situacions especialment difícils o bé quotidianes, com poden ser els àpats més importants del dia, les proves, etc.
- **Els Pallapupes**, "*La teràpia del somriure*": Els Pallapupes són els pallassos d'hospital, que cada dia porten la seva professió d'interpret amb formació sanitària especialitzada a una àrea de l'hospital. Tot l'hospital en va ple: l'hospital de dia, les habitacions, l'edifici de psiquiatria (Itaka), els quiròfans, les sales d'espera, els passadissos, etc. Els Pallapupes no deixen mai un racó buit de somriures. Així doncs, aquesta Associació sense afany de lucre, té com a objectiu fer un espai al riure dintre dels hospitals pediàtric i així, poder millorar la qualitat de vida de l'infant malalt i de la seva família, ajudant-los en diferents processos com pot ser el dolor, l'ansietat i l'estrès... als quals s'enfronten durant una hospitalització.
- **Arteràpia**, "*L'art que ajuda a la teràpia*": L'Arteràpia és una de les activitats que un professional especialitzat de l'Educació i l'Art desenvolupa mitjançant diferents tècniques d'expressió artística: com el dibuix i la pintura amb l'ajuda de la música, per millorar l'estat emocional dels infants hospitalitzats.

- **Espai d'Associacions:** És l'espai on els infants i les seves famílies es poden trobar i donar suport a través de les Associacions que lluiten per trobar la cura o les millores que el seu infant/adolescent pateix.
- **La Musicoteràpia, "El millor so de l'hospital":** La Musicoteràpia es realitza gràcies a quatre professionals en l'àmbit de l'Educació Musical, que formen part de l'Associació Ressò de Musicoteràpia. És una associació sense ànim de lucre, que porta a terme a l'hospital diferents projectes com ho són: "Músics a l'hospital", "Fes Ressò" i "Xarxa de musicoteràpia". Aquesta última, és potser la més a destacar, ja que consisteix en l'atenció individualitzada als infants hospitalitzats i als seus familiars. L'objectiu, no és altre que oferir recursos per millorar l'estat físic, la tolerància al dolor i als tractaments en el temps que dura la malaltia, com també potenciar habilitats emocionals, socials i educatives per contribuir en el desenvolupament integral dels infants.
- **Teràpia assistida amb animals, "Els gossos de CTAC":** La teràpia amb animals, és una activitat que es desenvolupa amb l'ajuda i treball dels professionals del Centre d'Activitats Assistides amb Cans (CTAC). Els seus professionals humans i canins que estan especialitzats, ens ajuden a millorar els aspectes físics, socials i emocionals dels nens i nenes hospitalitzats.
Els gossos que ens ajuden en aquesta tasca, conjuntament amb les seves tècniques que fan, que els nens i nenes que estan hospitalitzats, afrontin l'experiència i algunes dificultats, d'una altra forma més positiva.
- **Child Life (Programa Diver), "Reduint la por":** És l'ajuda i l'atenció professionalitzada que ofereix la Núria Serrallonga, una professional especialitzada en infermeria, psicologia i *Child Life*, que intenta que els infants i adolescents hospitalitzats, puguin viure el més positivament l'experiència de la seva malaltia i la seva estança a l'hospital.

- **QUÈ ÉS "CHILD LIFE" (PROGRAMA DIVER) DE L'HSJD?**

Child Life és un servei, que està dirigit i desenvolupat per la Núria Serrallonga, i que centra els seus objectius a atendre i acollir l'hospitalització dels infants. La Núria, és una professional especialitzada en Infermeria, Psicologia i Child Life, que té com a objectiu fer que els infants i adolescents visquin l'experiència de la malaltia i l'hospitalització de la forma més positiva possible. La seva tasca es suma a la tasca dels professionals clínics - metges i infermers -, ja que fa una atenció molt més focalitzada a l'estat emocional del nen/a.

Per aconseguir-ho, la professional de Child Life, treballa adaptant les explicacions i les tasques a realitzar segons l'edat i les capacitats cognitives de cada pacient.



Ho fa a través de la pràctica psicològica, d'aquesta manera, el que s'aconsegueix és afavorir l'expressió dels sentiments, de les emocions i de la comprensió d'aquella experiència. És a dir, de l'expressió del què li està passant a aquell nen/a. Es treballa a partir de la gestió de les emocions, l'entendre i aprendre què és el que: m'han de fer i per què, m'està passant i el saber com ho puc passar millor. Tots aquests aspectes, generen un benestar a tots nivells, que permet millorar l'experiència i reduir al màxim l'ítem traumàtic o almenys, permet que el pacient, afronti millor la pròpia experiència. Per la Núria Serrallonga, un nen/a que està a l'hospital, té dret a continuar fent la seva vida de nen/a.



Així doncs, tots aquells infants que han d'estar ingressats per una intervenció quirúrgica, tenen el dret de saber què els hi està passant i què faran els professionals sanitaris de l'hospital per curar-lo. La professional de Child Life, ho fa de diferents formes i amb diferents recursos, depenen de l'edat del nen/a. Amb

l'ajuda d'un ninot de roba i a través del joc, o bé amb uns formularis, se li explica tot el procés de la seva operació:

- *Què fan els metges abans d'operar-me?*
- *Com em curaran i com serà la seva recuperació?*
- *A on aniré després de l'operació?*
- *Quines activitats podré fer després de l'operació?*
- *Etc.*



Enllaç:

http://link.brightcove.com/services/player/bcpid2191988662001?bckey=AQ~~,AAABchwM4pE~,LvFrPHYJm53x_IsX5Mpz-J2EbPzxlL2o&bctid=2301437096001

En el següent enllaç es pot veure l'entrevista que els hi van fer a Núria Serrallonga (Professional Child Life HSJDBCN) i a Maria Josep Planas (Directora de Planificació i Qualitat de HSJDBCN) respecte al Programa Diver - Child Life. al programa de televisió Migdia de 8TV.

És important destacar que amb els més petits, quan s'està jugant amb el nen/a i el ninot, a part de jugar, també es va reproduint tot el procés de la Intervenció Quirúrgica (IQ) que l'infant tindrà al cap d'unes hores. Per tant, és una tasca molt important a nivell psicològic, pedagògic i emocional, ja que el que es fa, és preparar a l'infant i fer que sigui el mateix el que imagini, assimili i faci d'allò quelcom "conegut"- D'aquesta manera, es busca inconscientment hi hagi una reducció de la por i l'estrès de l'infant.

El programa contempla moltes de les activitats explicades en l'apartat anterior, i que formen part també d'Hospital Amic. Aquestes activitats, estan pensades i dissenyades per evitar les repercussions i els efectius negatius, que pot generar una experiència "traumàtica", com pot arribar a ser una hospitalització o fins i tot, una malaltia, en un infant. Els temes emocionals i l'estat psíquic de l'infant, es tenen molt en compte a l'Hospital Sant Joan de Déu. Així doncs, el Programa Diver, intenta potenciar els recursos psicològics personals, que cada infant dintre de les seves possibilitats disposa. L'objectiu, no és només brindar plaer i entreteniment durant l'estada a l'hospital, sinó anar més enllà: ajudar als infants a créixer, experimentar i aprendre de la vivència que estan tenint i experimentant.



Núria Serrallonga, psicòloga Child Life:
"Un nen que està a l'hospital té dret a continuar fent la seva vida de nen"

El programa té també altres activitats, encaminades a evitar les repercussions negatives de l'hospitalització i la malaltia, perquè els temes emocionals també es tenen en compte i s'intenta potenciar els recursos psicològics personals de què la persona disposa. No es tracta només de proporcionar plaer i entreteniment, sinó d'ajudar a créixer, en vivència i en experiència. S'utilitza molt el joc, el dibuix, els contes,... i altres formes de comunicació adequades a cada edat.

I perquè el programa té aquest nom tant estrany??? (Child Life). Doncs perquè aquesta és una professió que va néixer als Estats Units ja fa molts anys, i li van posar aquest nom. A Espanya, encara no està molt estesa, però aquí, a Sant Joan de Déu en tenim!!!

Si vols conèixer el servei, pots trucar al telèfon: 2384

3.OBJECTIUS

▪ OBJECTIUS GENERALS

1. Conèixer com està organitzada l'assistència pediàtrica a l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta.
2. Valorar si es dóna un suport de tipus pedagògic i/o psicopedagògic als infants ingressats o atesos a l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta.
3. Detectar les possibles necessitats que té el Servei de Pediatria de l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, respecte a l'atenció Pedagògica i/o Psicopedagògica.
4. Establir unes línies generals que haurien d'emparar la Intervenció Pedagògica i/o Psicopedagògica amb infants que han de ser ingressats i atesos -amb motiu quirúrgic o no- a l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta.

▪ OBJECTIUS ESPECÍFICS

- Descobrir quina és la cobertura d'atenció sanitària que té l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta.
- Saber el nombre de professionals aproximats que es dediquen a l'atenció pediàtrica a l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta i a quines àrees d'especialització es dediquen.
- Conèixer possibles estudis d'investigació dins de l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta en referència als Infants.
- Tenir coneixement i informació respecte a l'Aula Hospitalària de l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta.
- Saber si l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta disposa d'espais lúdics i d'entreteniment adaptats a les necessitats dels Infants.
- Conèixer els procediments d'atenció i derivació de casos en les intervencions quirúrgiques i/o hospitalització i en el servei d'urgències a l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta.
- Descobrir el perfil més habitual d'infant que és atès a l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta.

- Saber si hi ha present a l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta la figura professional de l'àmbit de la Pedagogia, la Psicologia i/o la Psicopedagogia.
- Tenir coneixement de quin és el professional encarregat d'atendre l'atenció pedagògica, psicològica i emocional de l'infant i els seus pares o tutors legals a l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta.
- Conèixer si els professionals sanitaris de l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta desenvolupen algun d'intervenció amb infants que han de procedir a una intervenció quirúrgica i si, fan algun tipus de distinció en funció de l'edat o la patologia.

4. METODOLOGIA

La metodologia que he escollit per dur a terme aquest treball de final de grau ha estat una metodologia qualitativa de caràcter avaluatiu a través de l'estudi d'un cas. He escollit aquesta metodologia perquè, tal com diu Pérez Serrano (1994), té un seguit de característiques que em podien ajudar a extreure informació, coneixement i, al final, extreure'n uns resultats concrets. En primer lloc, l'he escollit perquè és particularista. És a dir, que està orientada a comprendre profundament una realitat singular i concreta, en el meu cas un grup/comunitat i una situació social molt limitada. En segon lloc, perquè està pensada per a la comprensió d'un cas, la qual cosa permet descobrir i analitzar situacions úniques i concretes. En tercer lloc, perquè és una metodologia descriptiva, és a dir que permet obtenir una descripció dels resultats finals, ja que la descripció que se n'extreu d'aquest és contextualitzada i sempre té present el context on es situa i les variables que el defineixen.

En definitiva, optar per aquest tipus de metodologia, em permetia treballar sobre la base d'un raonament inductiu. Aquest em permetia obtenir i extreure conclusions generals a partir de premisses, que contenen unes dades particulars i concretes. Però sobretot, perquè la metodologia qualitativa té un caràcter heurístic, per tant, em permetia ampliar o confirmar coneixement que ja tenia. D'aquesta manera, podia dissenyar una estratègia encaminada a la presa de decisions i el que és més important, a la proposta d'iniciatives d'acció, és a dir, a la meua proposta d'intervenció pedagògica.

▪ SELECCIÓ DEL CAS

Com s'ha dit anteriorment, aquest tipus de metodologia era la que millor s'ajustava al treball, ja que un dels principals objectius d'aquest, és intentar comprendre una realitat. En aquest mateix sentit, per poder entendre aquesta realitat i poder al final, acabar redactant una proposta a partir de les necessitats que s'han trobat en aquest context concret. Així doncs, se'm plantejava necessari seleccionar un cas, que fos molt significatiu, per tal de poder donar força i molta validesa a les dades i la informació extreta.

Per aquest motiu, s'ha seleccionat per a l'estudi de cas un professional que fos representatiu, que estigués en actiu i que tingués més de 30 anys d'experiència en aquest àmbit d'actuació hospitalària -la pediatria-. A part, havia d'estar dins de l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta.

WATSON-GECEO (1982) Indica que la investigació qualitativa consisteix en descripcions detallades de situacions, esdeveniments, persones, interaccions i comportaments que son observables. A més, incorpora el que els participants diuen, les seves experiències, actituds, creences, pensaments i reflexions, tal i com són expressades per ells mateixos. La investigació qualitativa es considera com un procés: actiu, sistemàtic i rigorós, d'indagació dirigida, en el qual es prenen decisions sobre el investigable, mentre que es tracta el camp amb una orientació teòrica conscient que reflecteix un coneixement substantiu de la teoria de les ciències socials i de la teoria personal. Com producte d'una interacció entre ambdós, suggereix les preguntes que orienten la investigació. (Pérez Serrano, 2004)

▪ L'INSTRUMENT

L'Instrument seleccionat per dur a terme aquest estudi de cas, ha estat l'entrevista en profunditat. A partir d'un guió de preguntes (Annex 2), elaborat tenint en compte les categories d'anàlisi que es deriven dels objectius d'aquest estudi, s'ha pretès extreure la informació més bàsica i general del context així com, també aspectes que podrien semblar més irrelevants però que en realitat són essencials per poder extreure'n conclusions i poder desenvolupar una proposta a partir de les necessitats detectades. D'aquesta manera, hem pogut ser uns subjectes interactius, comunicatius i que compartíem significats.

Per Sáez (1988): "*Els homes comparteixen significats respecte de les coses. El significat és quelcom creat per l'home i que resideix en les relacions dels homes*" (p.26). D'aquesta manera Sáez, vol dir-nos que la relació entre el subjecte -jo- i l'objecte -el entrevista't-, és d'interacció especialment quan l'objecte és l'estudi d'una persona humana o un col·lectiu humà. Segons aquest autor, es pot afirmar que davant la independència entre l'entrevistador i l'objecte en aquest paradigma, l'anàlisi qualitativa sosté la interrelació entre l'investigador i l'objecte fins al punt d'arribar-se a influir. Influir en l'opinió i en els resultats d'una manera força directa.

Aquesta idea és important explicar-la, ja que se'n pot arribar a extreure un concepte que és molt important, i que és el següent: La conducta social no pot explicar-se si no és a través de la interpretació que fan els mateixos subjectes de la situació/el context en les seves respectives interaccions (Watson-Gegeo, 1988).

▪ PROCEDIMENT

El procediment seguit ha estat força senzill la veritat. Establir el primer contacte ha estat possible gràcies a l'amabilitat del professional seleccionat. Des d'un primer moment ha estat disposat a col·laborar amb aquest estudi, i ha demostrat ser un gran professional en l'àmbit de la salut i l'educació. Una persona que sent vocació per la seva professió, que vol millorar les coses a través d'una visió crítica i directa amb la realitat que l'envolta i que està disposat a ajudar a qualsevol que tingui el mateix propòsit.

Quan es va concretar l'àmbit i el context d'aquest treball, de seguida es va poder establir el contacte. Ell va acceptar encantat d'ajudar, sense condicions ni restriccions de cap mena. Una setmana després del primer contacte a través de correu electrònic, les dues parts ens vam reunir en una reunió al Trueta per parlar respecte al treball que es pretenia realitzar i per saber en quines coses ell podria ajudar. Va ser una reunió molt productiva, en el diàleg van sortir molts dubtes i moltes preguntes que van ser resoltes ràpidament sense necessitat de demanar-les. Vam quedar en fer un segon contacte, una trobada la setmana següent, a ser possible. En aquesta segona trobada, les preguntes de l'entrevista que es volien realitzar, ja podríem procedir a respondre-les i gravar-les per després poder-les transcriure literalment.

Així va ser, al cap de dues setmanes aproximadament vam fer la segona reunió, on ja estava preparat el guió de preguntes que es poden trobar a l'Annex 2, i ell totes les ganes del món en respondre-les en gairebé dues hores de reunió. En arribar a casa es va transcriure tota l'entrevista (Annex 3), amb totes les dues intervencions i els diàlegs que anaven sorgint i les subpreguntes específiques de cada un dels punts que s' havien marcat. Finalment, per tal de poder extreure les conclusions i procedir a l'anàlisi dels resultats obtinguts he realitzat una taula que es pot veure a l'Annex 2. En ella hi ha descrites les categories assignades per cada objectiu i per cada pregunta en concret.

5. RESULTATS

La transcripció literal de l'entrevista es pot trobar a l'Annex 3. A continuació però, en aquest apartat que correspon a la presentació de resultats, es presenta un resum del contingut més significatiu en forma de taula per tal de facilitar l'anàlisi i l'extracció de les conclusions.

BUIDATGE DELS RESULTATS DE L'ENTREVISTA A UN PROFESSIONAL DE L'HUGDJT	
CATEGORIA	RESPOSTA DEL RESPONSABLE DEL SERVEI DE PEDIATRIA
Hospital de Referència	L'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta (HUGDJT) és l' Hospital de Referència en la Regió Sanitària de Girona. <ul style="list-style-type: none"> - Hospital amb Docència - Hospital Universitari amb un consorci a la Universitat de Girona.
Regió Sanitària de Girona	Territori delimitat pel Servei Català de la Salut en el Pla Territorial General de Catalunya.
Distribució Sanitària (Jerarquia d'Hospitals)	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitals de Màxima Complexitat (Grau 3) - Hospitals de Referència Geogràfica (Grau 2) - Hospitals Generals Nivell Bàsic (Grau 1)
Distribució Sanitària dels Hospitals en relació a l'Atenció Pediàtrica a la R.S.G.	Grau 3 <ul style="list-style-type: none"> - Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues. (BCN) - Hospital General Vall d'Hebron. (BCN) - Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta (En alguns Serveis).
	Grau 2 <ul style="list-style-type: none"> - Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. + Parc Sanitari Martí Julià de Salt.
	Grau 1 <ul style="list-style-type: none"> - Hospital de Figueres Salut Empordà, Hospital de Palamós, Fundació Hospital Sant Jaume d'Olot, etc.
Serveis Disponibles	<ul style="list-style-type: none"> - És una atenció general, no només materno-infantil. - Hi ha molta més especialització per adults. - Però té atenció pediàtrica per gairebé totes les especialitats (quirúrgiques i no quirúrgiques). - Professionals Mèdics Especialitats en Pediatria.

CATEGORIA	RESPOSTA DEL RESPONSABLE DEL SERVEI DE PEDIATRIA
Cobertura i Accés	<ul style="list-style-type: none"> - La urgència és obligatòria atendre-la a tothom (Adult/Infant). - Si no és urgència, només poden accedir les persones que els hi correspongui l'hospital per àrea geogràfica (R.S).
Derivació dels Casos	<ul style="list-style-type: none"> - Motiu de la derivació: Incapacitat d'atendre el problema/el cas respecte al seu grau de complexitat, en diversos factors: Recursos d'un cost elevat, la Complexitat de la malaltia (Quadre Complex), la No Especialització de l'Equip Mèdic, Tecnologia i Instrumental Mèdic, Quiròfans, etc. - Procés a Seguir: Infant atès en el seu Centre Hospitalari corresponent, si es requereix uns serveis que aquest no disposa, es deriva a un hospital de superior grau. - L'especialització o Pràctica del Professional: És un factor clau per a la derivació de segons quins quadres mèdics. (Tècnica i Pràctica Pediàtrica tal com marca els Tractats o Manuals de Pediatria).
Professionals dedicats a l'Àrea Pediàtrica	<ul style="list-style-type: none"> - 15/20 Especialistes en Medicina - Titulats (Fixes o Temporals). - 8 Metges Interns Residents - MIR's. - Infermers/es, Auxiliars d'Infermeria, etc.
Legislació Regula la Pràctica Mèdica	Un metge pot treballar indiferentment a la Sanitat Pública i a la Privada, sempre i quan compleixi els seus contractes. Només hi ha un tipus de contracte que manté l'exclusivitat amb la Sanitat Pública.
Àrees / Especialitats Quirúrgiques que s'ofereix a Pediatria	<p>(+12 Especialitats) Cirurgia General (Adults): Neurocirurgia, Oftalmologia, Otorinolaringologia, Traumatologia, Dermatologia, Maxil·lofacial, Nefrologia, Cardiologia, Neurocirurgia Cardíaca Pediàtrica, Vascular, Cirurgia General Pediàtrica, etc...</p> <p>Tenim la Cirurgia General que és tota aquella que no està dins de les especialitats pediàtriques, però que poden intervenir en Infants.</p>
Estudis i/o Investigacions	<ul style="list-style-type: none"> - Sí. Hi ha una Unitat d'Investigació. Tots els professionals de l'Hospital poden presentar una proposta d'Estudi/Investigació. - L'Estudi ha de Passar per un: Comitè d'Experts i un Comitè d'Ètica. - També poden ser Estudis de Col·laboració amb altres Centres Sanitaris o altres àmbits Professionals o Institucions específiques.
Aula Hospitalària	<ul style="list-style-type: none"> - Originalment creades per Iniciatives pròpies/concretes o privades d'una organització/institució. - Actualment Legislació Controvertida. - Professional Responsable: Mestre/a

CATEGORIA	RESPOSTA DEL RESPONSABLE DEL SERVEI DE PEDIATRIA
Aula Hospitalària	<ul style="list-style-type: none"> - Protocols d'Actuació - Concepte i Objectiu: Substituir a l'Aula Ordinària per tal que l'Infant no perdi l'assistència i el seguiment de l'Escola. - És un error. Hi ha altres Necessitats Bàsiques i Prioritats a Atendre amb els Infants Hospitalitzats. - L'objectiu bàsic i fonamental no és donar Continguts Acadèmics. - És important que el professional de l'Aula tingui Capacitats comunicatives, Coneixements del tractament de la personalitat i les emocions, i Recursos i Tècniques Resolutives de Conflictes. - No hi ha suficient coordinació entre l'Aula Hospitalària i els Centres d'Educació Ordinària. - Recentment: Creació de l'Aula Hospitalària en Ciber Aula. - Ciber Aula: Espai pensat per desenvolupar dues funcions: 1) Atendre mínimament les funcions de tipus educatiu i 2) Atendre les funcions lúdiques i de distracció dels infants. - Només hi tenen accés els infants Hospitalitzats (amb unes hores determinades). - Hi ha hores específiques on: O està oberta a tothom (adults) com a sala d'Informàtica o bé, hi ha un voluntari de la Creu Roja.
Maternitat / Nounats	<ul style="list-style-type: none"> - També s'hi desenvolupen Intervencions Quirúrgiques.
Unitat De Cures Intensives (UCI)	<ul style="list-style-type: none"> - Hi ha dos tipus d' UCI: <ul style="list-style-type: none"> • UCI Neonatal. • UCI Pediàtrica/Infantil.
Parc Sanitari Martí Julià de Salt	<ul style="list-style-type: none"> - Projecte Futur: Creació d'un Hospital Matern-Infantil. - Serveis: Pediatria, Obstetrícia i Ginecologia. - Projecte ferm, firmat i en obres. Però indefinit en data d'obertura.
Perfil d'Infant	<ul style="list-style-type: none"> - Atenció des d'1 hora de vida a 14 anys. (Edat Pediàtrica) - La raó és estrictament econòmica. - L'Estat es planteja augmentar fins als 18 anys. - Les intervencions quirúrgiques més freqüents són les de tipus abdominal de Cirurgia General Pediàtrica. - El 80% de les Urgències no són urgències reals. - S'atenen més infants a Urgències que a Consultes Pediàtriques o Intervencions Quirúrgiques Pediàtriques.

CATEGORIA	RESPOSTA DEL RESPONSABLE DEL SERVEI DE PEDIATRIA	
Procediments d'Intervenció	Intervencions Programades	<ul style="list-style-type: none"> - Pacient és atès al Servei d'Urgències. - Intervenció pel Cirurgià Pediàtric d'Urgències.
	Intervencions Quirúrgiques	<ul style="list-style-type: none"> - Observació del Pediatre. - Derivació a l'Especialista + Cirurgia Pediàtrica. - Valoració del Cas i Intervenció.
Atenció Pedagògica o Psicopedagògica amb Infants amb Intervencions Quirúrgiques o Ingress Hospitalari.	<ul style="list-style-type: none"> - No se'n fa, i no està previst fer-ne. - El món sanitari i mèdic -la majoria- considera l'àmbit pedagògic i psicològic com quelcom secundari, no quelcom essencial. - Tradicionalment els Tractats de Medicina indiquen que els mateixos metges han de ser capaços i han de poder brindar al malalt una Psicologia Bàsica i un Tractament. - Els metges han de complir una etapa d'Especialització; el MIR. Els professionals de la Pedagogia i la Psicologia, no. - La concepció del Món de la Psique en General: Problema que no totes les Metodologies/ Tècniques són viables o poden ser útils a tots els casos. - Socialment l'atenció psicopedagògica no està valorada al 100% o no es confia plenament, i per tant, és difícil accedir-hi sense posar en dubte l'eficàcia del procés i el resultat. - En general quan en l'àmbit sanitari es proposa una intervenció pedagògica o psicopedagògica entra en un calaix de sastre. - L'atenció Psicològica/Psiquiàtrica que es dona a la Seguretat Social als Infants es troba unificada en el CSMIJ. (Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil). - A l'hospital no hi ha present la figura d'un Psicòleg ni d'un Pedagog. - L'infant està desemparat totalment en aquest àmbit psicològic/emocional. - L'hospital només compta amb una col·laboració esporàdica d'una Psicòloga (Que no treballa per l'hospital) que intervé en casos extrema necessitat. 	
Intervenció pedagògica i/o psicopedagògica amb els diversos agents.	<ul style="list-style-type: none"> - Agents principals: Infant i Família. - Aspectes a tenir en compte: Context, Problemàtica, Quadre Mèdic. - L'encarregat de l'àmbit psicològic i l'atenció i comunicació amb els pacients i familiar és el col·lectiu mèdic. - Els metges sovint tenen mancances en les competències de comunicació i empatia. - Alerta: Medicina Preventiva i els Consentiments Informats (Sistema Jurídic). 	

CATEGORIA	RESPOSTA DEL RESPONSABLE DEL SERVEI DE PEDIATRIA
Intervenció pedagògica i/o psicopedagògica amb els diversos agents.	<ul style="list-style-type: none"> – Els protocols d'actuació no contempnen l'impacte emocional ni psicològic. – La Informació sempre en Pediatria s'ha de donar primer als pares o tutors legals, ja que l'infant és menor d'edat. Si els pares donen el consentiment, s'informa l'infant.
Agents importants a tenir en compte per a la intervenció pedagògica i/o psicopedagògica.	<ul style="list-style-type: none"> – La família: Els pares o tutors de l'Infant. – Els infants: amb les seves característiques: Edat, Capacitat cognitiva, necessitats especials, Complexitat del Quadre mèdic, etc. – Concepte: Menor Madur. (Capacitat de decisió per acceptar o negar-se a rebre l'atenció mèdica, tractaments, intervencions quirúrgiques, etc.) – Els nens i nenes són en l'emocional un reflex de l'estat emocional dels pares. Els pares tendeixen a protegir a l'infant. – La intervenció de tipus emocional s'ha de fer amb l'infant, però també amb els pares. – El cervell li dóna més crèdit al qual és estrictament gestual més al llenguatge. – Millorar l'estat emocional de l'infant és millorar la salut de l'infant indirectament. – En situacions de perill o incomprensió el cervell fa que generem i manifestem (infants i adults) comportaments exagerats o no conscients. – La malaltia és entesa i valorada diferent si és: física o mental.

Taula 7: Buidatge de l'entrevista realitzada al professional responsable del servei de pediatria amb més de 30 anys d'experiència.

6. ANÀLISI DE RESULTATS

A continuació, es procedirà a desenvolupar l'anàlisi de resultats obtinguts a l'entrevista realitzada a un professional en actiu i amb més de 30 anys d'experiència en el servei de pediatria a l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta (HUGDJT). Com hem dit abans, la transcripció d'aquesta entrevista, és a l'Annex 3 d'aquest treball, i les cites textuais que es trobaran a continuació, corresponen a aquesta mateixa.

En relació al primer objectiu d'aquest treball (*1. Conèixer com està organitzada l'assistència pediàtrica a l'HUGDJT*), els resultats són:

En primer lloc i dins del concepte de **Distribució Sanitària**, es conclou que l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta correspon a la categoria de grau 2, és a dir a l'Hospital de Referència de la Regió Sanitària de Girona (RSG). Cal dir però, que és un hospital un cert especial:

"L'hospital Trueta dins d'aquests hospitals de segon nivell en complexitat, és un cas una mica particular: perquè està descrit com un hospital de grau dos, però amb serveis grau tres. (...) Aquí tenim serveis de molta complexitat com ho és la neurocirurgia, la cirurgia cardíaca, i altres cirurgies de màxima complexitat".

Per tant, com a Centre Sanitari d'Atenció Especialitzada adquireix, la màxima responsabilitat pel que fa a la RSG, conjuntament amb el Parc Sanitari Martí Julià de Salt. Els quadres mèdics de més complexitat i que són inabastables en els centres sanitaris generals de grau 1, de les diverses comarques de la província de Girona, per diversos motius, són derivats primerament al Trueta per tal de poder donar-hi resposta. Només en el cas que, el quadre clínic no fos possible ser atès en l'hospital de Referència, per causes de màxima complexitat, com ho pot ser per exemple: el requeriment d'un equip professional molt específic o el requeriment d'uns quiròfans específics amb una alta tecnologia, es procedirà a la derivació del cas a hospital de grau 3. És a dir, a hospital de màxima complexitat, que en el cas de l'atenció pediàtrica són: l'Hospital Sant Joan de Déu i Hospital Vall d'Hebron, tots dos ubicats a Barcelona.

"Per exemple; totes les urgències neuroquirúrgiques, és a dir, per exemple un nen traumatitzat i que és una lesió cerebral, aquest s'opera aquí. Aleshores, nens que tenen el que se'n diu una hidrocefàlia, que s'ha de posar una vàlvula en el ventriculoperitoneal que es diu, s'operen aquí, fins i tot nounats.

Però per exemple, nens que tinguin tumors, que són tractaments que després impliquen altres professionals i no tan sols el neurocirurgià, sinó que a vegades han d'intervenir els oncòlegs, aquests no s'operen aquí, se'n van a Vall d'Hebron".

"Si, depèn de la gravetat que es deriva a l'infant, si són quadres molt complexes, molt infreqüents, intervencions que requereixen uns recursos que són molt cars, etc. Això habitualment només estan en un lloc determinat, que són els centres de màxima complexitat. Per exemple, una cirurgia cardíaca complexa, d'una cardiopatia complexa, això aquí no es fa, perquè requereix un quiròfan, un personal, etc. que no tindria sentit mantenir-lo aquí per fer una intervenció a l'any. Llavors tot això, a nivell de Catalunya a Barcelona només hi ha dos hospitals, perquè si no això és insostenible."

A més a més de ser un hospital de referència, també es caracteritza per ser un hospital amb docència. Això vol dir, que té concretament a persones residents en medicina fent el seu període d'especialització tècnica i pràctica. Aquest període i els professionals que el realitzen s'anomenen: MIR (Metge Resident Intern). En el cas de l'especialització en pediatria, aquest centre compte amb vuit d'aquests professionals, que desenvolupen tasques professionals cada cop més complexes i específiques, però sempre supervisades i tutoritzades per un metge titulat i en plantilla. En total, el servei de pediatria en disposa d'uns 15/20 professionals titulats, que són els responsables i els encarregats del procés d'aprenentatge dels MIR's.

En segon lloc i dins del concepte de **Cobertura Mèdica i Accés**, l'Hospital Trueta es caracteritza per ser de tipus General, ja que l'atenció que dona als usuaris és oberta a tota la població -adults i pediàtrica-. Qualsevol persona pot accedir a l'atenció dels Serveis d'Urgències que l'hospital refereix, el motiu d'això és l'obligatorietat que tenen a atendre a totes les urgències, procedeixin d'on procedeixin. Ara bé, la cobertura i l'accés, canvia si el problema no és urgent, en aquest cas només estan obligats a atendre als usuaris que els hi corresponen, per adjudicació de la zona/àrea territorial dins de la RSG.

Aquest fet és destacable, perquè significa que la majoria dels serveis de màxima complexitat, són destinats a les persones adultes. Malgrat això, sempre hi ha un o dos especialistes que es poden especialitzar, més en la tècnica pediàtrica d'aquell mateix servei. D'aquesta manera, i malgrat que els serveis són generals, l'atenció pediàtrica està coberta, gairebé a totes les especialitats quirúrgiques i no quirúrgiques.

"Aquí hi ha pràcticament totes les especialitats. Perquè mira hi ha... Dins les especialitats quirúrgiques: Cirurgia general i neurocirurgia. Després hi ha especialitats quirúrgiques també com són oftalmologia, otorinolaringologia, traumatologia, dermatologia -té una certa part quirúrgica-, maxil·lofacial, nefrologia -es dediquen al ronyó i a les vies urinàries-, cardiologia, neurocirurgia cardíaca pediàtrica (...) i vascular."

En tercer lloc i dins del concepte del **Perfil d'Infant Atès al Servei de Pediatria**, extraïem que engloba tota l'edat pediàtrica estipulada per l'administració, que està estipulada de 0 a 14 anys. És a dir, que tots els serveis pediàtrics, incloent-hi les dues UCI 's (la de nounats i la pediàtrica), atenen a infants a partir de l'hora de vida fins als catorze anys. La raó d'aquesta franja d'edat, és estrictament econòmica. En l'actualitat però, la Seguretat Social s'està plantejant ampliar-la.

Però en tot cas, i en el context que ens escau en aquest treball, s'atenen a tots tipus d'infants indiferentment de l'edat. La diferenciació del perfil d'aquest, es deriva més aviat al tipus d'intervenció o d'atenció específica, que requereix el seu quadre mèdic. És a dir, a l'Hospital Trueta concretament, el perfil d'infant que més s'atén, és el que presenta problemes o intervencions quirúrgiques de tipus abdominals, que requereixen normalment, els serveis de cirurgia general pediàtrica.

Un altre perfil d'infant que és molt important, és el que és atès al Servei d'Urgències. Malgrat que, més de la meitat dels infants que són atesos en aquest servei, realment no responen a una urgència estrictament. Per tant, es podria dir que malgrat que a l'hospital s'atenen, més infants amb urgències que amb intervencions quirúrgiques programades, les dades no semblen ser molt significatives o reals.

"Hi ha moltes més urgències, perquè a més a més, el 80% del què es veu a Urgències, no és una urgència. És una urgència relativa, és a dir, és una urgència pels pares, però no és una urgència estrictament parlant des del punt de vista mèdic. Aquest és un dels greus problemes que tenen els serveis d'Urgències que el 80% dels casos que tenen (...) podrien ser atesos o ateses tranquil·lament en la consulta ordinària."

En relació al segon objectiu d'aquest treball (2. *Valorar si es dona un suport de tipus pedagògic i/o psicopedagògic als infants ingressats o atesos a l'HUGDJT*), els resultats són:

En primer lloc i dins del concepte d'**Aula Hospitalària**, es conclou que l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, des dels anys 90 aproximadament, a través de l'equip directiu i la gerència de l'hospital, es determina que s'ha de crear un espai/servei on els infants poguessin seguir l'escolarització durant el seu procés d'hospitalització.

En aquest primer moment, es cerca la figura d'un/a professional del món de la pedagogia i la didàctica, a través del sistema digital -per selecció aleatòria-. Fins que l'any 1996, es crea a l'Hospital Josep Trueta -i en molts altres hospitals de Catalunya-, el concepte d'Aula Hospitalària. S'estipulen així, uns protocols i uns objectius que bàsicament, es fonamenten en la substitució de l'aula ordinària, dins del recinte hospitalari.

Ara bé, aquest aspecte és força perillós. Possiblement, perquè es posen en dubte les funcions que es desenvolupen en aquesta, ja que no són les més adequades o convenients en alguns casos. O bé quelcom pitjor: posa en evidència que possiblement la figura d'un docent, no és l'única i estrictament necessària, en relació a l'educació i la salut d'aquests infants.

"Les aules hospitalàries es creen bàsicament amb el concepte -bàsic i fonamental-, de substituir a l'aula ordinària del nen, amb el sentit que mentre estigui hospitalitzat no perdi l'assistència a l'escola. (...) Jo personalment crec que això és un error, perquè el nen hospitalitzat el seu objectiu bàsic i fonamental és donar-li continguts acadèmics perquè mantingui el nivell de classe. Jo crec que hi ha altres prioritats, i que els professionals (...) és molt important que tinguin coneixements del tractament de la personalitat, de comunicar i de tractar amb la problemàtica personal, molt important."

Però aquest concepte no es queda tan sols aquí. Va més enllà, creant una controvèrsia possiblement major. Des de fa qüestió de tres anys a l'hospital, amb un projecte subvencionat per l'Obra Social de La Caixa, l'aula hospitalària s'ha convertit en una Ciber Aula.

"L'Aula Hospitalària s'acaba convertint en una Ciber Aula (...) un espai d'esbargiment, on hi ha una responsable que és una professional de magisteri -mestra-, però amb una finalitat de no fer tantes funcions, (...) de tipus educatiu per dir-ho d'alguna manera, sinó que també de contribuir a què els nens gaudeixin de l'entorn."

Aquest espai, és un espai polivalent. En ell, s'hi reuneixen al llarg del dia, i en diferents zones horàries, diversos perfils de professionals i de persones voluntàries procedents d'entitats externes com ho és la Creu Roja.

Alhora per tant, compleix moltes funcions: des de ser un espai educatiu a un espai d'esbargiment i d'informàtica per a tots els usuaris de l'hospital. Aquestes activitats es desenvolupen totes elles, amb els mateixos recursos. Així doncs, es podria dir que l'espai més important d'aprenentatge en el servei de pediatria, és alhora un espai lúdic on els infants ingressats en unes hores del matí, poden accedir-hi per seguir la seva escolarització. I també, és un espai on hi poden accedir a la tarda, usuaris adults per fer-ne ús dels ordinadors que allà es posen a disposició. En tot cas però, en aquest primer sentit, trobem un professional de l'àmbit educatiu que compleix unes funcions específiques de caràcter acadèmic/lúdic, però en cap moment de suport psicopedagògic, amb totes les tipologies d'infants: Urgències, intervencions quirúrgiques, ingressos hospitalaris a Planta o a l'UCI, etc.

En segon lloc i dins del concepte del **Procés d'Intervenció d'Infants**, amb intervencions programades o bé d'urgències, trobem dos procediments diferents, que entre ells només es diferencien en la temporalització, a l'hora d'actuar. És a dir, en el cas de les intervencions d'urgències, l'infant és atès als serveis específics d'urgències de l'hospital. El metge de guàrdia és l'encarregat de valorar el cas en primera instància i en cas que es requerís una intervenció d'aquest caire, seria l'encarregat d'avisar al cirurgià pediàtric de guàrdia. Seria aquest últim el responsable de dur a terme la intervenció en qüestió de minuts/hores. En el segon cas, referent a les intervencions programades el procediment és diferent, ja que l'infant és valorat pel seu pediatre. Aquest, és el que si creu convenient, en referència al quadre mèdic que valora, procedeix a la derivació del cas a un especialista, i és aquest segon l'encarregat de decidir si es procedeix a la cirurgia. Aleshores, es programa amb antelació de dies/mesos la intervenció, dependent de la gravetat i altres factors, +com ho poden ser les llistes d'espera als quiròfans.

En tercer lloc i donant resposta directa al segon objectiu d'aquest treball, sabem que a l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, no hi ha cap professional que desenvolupi tasques d'intervenció, de tipus pedagògic o psicopedagògic amb infants que, han estat hospitalitzats per motiu d'una intervenció quirúrgica. El motiu del qual és:

"Mai, això no està previst. Aquesta pregunta em dona peu per dir algunes cosetes. (...) Per mi el problema més greu que té el món sanitari i en particular els metges, és que una majoria important dels metges té la creença/convicció, que tot el que fa referència a la psicologia i la pedagogia és alguna cosa de segon ordre."

"És una cosa no essencial, no massa important, que és un complement que ens ajuda però que no és una cosa bàsica i fonamental. Per tant, si hi és bé, però si no hi és, tampoc lluitaran per què hi sigui."

*"I després, és clar, hi ha un altre problema: en el món de la psique en general. Jo dic sempre el mateix, és que no té res a veure el que fa un psicòleg per exemple cognitiu conductual amb el que fa un psicodinàmic o el que fa un humanista tipus Rogers. (...) Que no, que quan tu dius: "És **que aquest nen es podria beneficiar d'una atenció psicològica o pedagògica**". Doncs això entra en un calaix de sastre que sembla tot el mateix, i no és el mateix."*

En quart lloc, i dins del concepte d'**Atenció Psicopedagògica i/o pedagògica** a Infants hospitalitzats o intervinguts quirúrgicament, hi trobem un altre inconvenient en aquesta absència. Tal com es troben organitzats els serveis oferts per la Seguretat Social, l'atenció psicològica/psiquiàtrica o de Salut Mental, no està ubicada en el mateix centre físic que l'atenció hospitalària o sociosanitària.

Per tant, ens trobem davant la problemàtica que, malgrat que hi ha professionals del món de la psique, aquests no estan treballant dintre del propi centre sanitari i el que és pitjor, les seves tasques professionals no van encaminades a tractar aquests infants ni tampoc les seves problemàtiques.

*"Aquí, no està previst això de l'atenció psicològica/psicopedagògica. No està previst que hi hagi professionals així. Pensa que segons està establert pel règim, per les institucions sanitàries; el que està previst és que tot **el personal professional del món de la psicologia i la psiquiatria estiguin no en els hospitals en general, sinó ubicades en una unitat física determinada que és el Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ)**. A dintre del CSMIJ només es tracten els infants amb problemes mentals, com són els problemes conductuals, etc."*

*"L'infant està desemparat en aquest sentit. Els hospitals que tenen la sort de tenir algun suport de tipus psicològic, **només fan servir aquest suport quan hi ha suposadament un problema determinat que ho requereix, però no com a profilaxis si vols dir-ho d'aquesta manera.**"*

En cinquè lloc, dins del concepte d'**Agents** a qui va destinada la Intervenció Psicopedagògica i/o pedagògica. Es posa l'èmfasi en els agents que es troben implicats en el context: Els infants i les seves famílies. Ens trobem davant d'una desatenció completa. El professional encarregat d'atendre l'estat emocional i psicològic de l'infant és el metge, malgrat que no sigui un expert en la matèria.

"El metge una de les mancances que té sempre, perquè això no s'estudia ni es forma, és la comunicació. El tacte. La majoria dels metges són comunicadors molt dolents. Perquè som molt científics però clar... No tenim la part més empàtica. (...) A més a més, hi ha una tendència, perquè es practica el que se'n diu la medicina defensiva: que vol dir que, els metges per mirar de cobrir-se en salut des del punt de vista legal... (...) El sistema jurídic és un desastre. Segons la llei, segons els jutges quan un pacient té una malaltia, cal dir-li si tu vols estar segur que no et retrimini després i que no et reclami, totes les coses dolentes que li pot passar, malgrat que sigui un 1% per un milió (Concepte de Consentiment Informat)."

Aquest fet ja és contraproduent de per si, si pensem en la millora de la salut de l'infant, i l'estat emocional d'aquest i la seva família, però no és el pitjor. Ens trobem davant de problemàtiques o situacions crítiques o molt sensibles, que no estan sostingudes per professionals especialitzats. Els agents implicats no es tenen en compte com s'haurien de tenir, davant d'intervencions o d'interaccions d'aquest tipus. I per concloure, és impossible realitzar bones pràctiques professionals, quan no es tenen en compte les conseqüències d'aquestes. Com tampoc es tenen en compte, els drets i els processos cognitius i emocionals dels mateixos agents.

"En general, els nens i les nenes són en l'emocional, un reflex de l'estat emocional dels pares. Evidentment doncs, una nena o un nen s'angoixa en relació directa proporcional a quina sigui l'angoixa viscuda pels adults"

"La intervenció de tipus emocional que s'hagi de fer en qualsevol nen/a, no és tan important la que es faci -que s'ha de fer-, amb el nen o nena, que la que s'ha de fer amb els pares (...) I això el protocol mèdic no ho contempla, (...) però no només el protocol mèdic. De fet, molts professionals i moltíssimes corrents del món de la psicologia i la psicopedagogia en general, no contempen això"

"Això és tan evident! És igual que les problemàtiques de tipus conductual o de tipus personal que tingui un nen o nena, pretendre solucionar-la només amb la intervenció i diagnòstic del nen/a, sense tenir present els pares? Això està condemnat al fracàs!"

Per tant, cal posar de manifest que encara que a l'hospital Dr. Josep Trueta no es tinguin en compte ni s'interactui amb aquests agents com caldria fer-ho; és totalment visible i notori que cal un canvi, un replantejament. Malauradament, aquesta absència dels professionals de l'àmbit de la psicologia i la pedagogia, no només s'esdevé aquí, sinó que s'estén en la majoria de centres sanitaris de caràcter general i de referència d'arreu del territori. Limitant i ubicant l'actuació d'aquests professionals, només a un únic i excepcional hospital: l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

A partir d'aquests resultats, s'hauria de començar a pensar la importància i la implicació dels factors emocionals i psicològics en el desenvolupament global de la nostra vida. La millora o l'afectació de la salut física, la gestió emocional i resolució de conflictes en situacions d'adversitat, etc -tant en els nens, com no tant nens-. En definitiva, l'estat, la gestió i l'aprenentatge emocional s'han de començar a treballar en molts àmbits de la nostra vida diària, per tal d'ajudar a les persones -en aquest cas, als infants i a les seves famílies-, a crear recursos per tal de poder desenvolupar-se en aquest àmbit de la forma més autònoma possible:

*"Quina confiança li pots transmetre a un infant que té un problema (...) Un nen/a malgrat que tingui el problema més greu que puguis imaginar, **si veus uns pares que estan emocionalment estables** -dins del que es pot ser estable-, i que **no manifesten reaccions o comportaments exageradament preocupants**. Això és el més important per un infant."*

"El cervell li dóna crèdit al què és estrictament gestual més que a les paraules. (...) Si prevens aquesta situació, millores la salut del nen indirectament, perquè clar no li generes confusió! (...) Tu no pots estar dient-li a l'infant que això no té importància i després estar-lo sobre protegint i estant-li a sobre.(...) Insisteixo, que la intervenció que s'ha de fer i el treball que s'ha de fer comunicatiu, és sobre els pares molt més que sobre els nens/es".

Per últim i en relació al tercer i quart objectiu d'aquest treball (3. *Detectar les possibles necessitats que té el servei de pediatria de l'HUGDJT, respecte a l'atenció pedagògica i/o psicopedagògica.* 4. *Establir unes línies generals que haurien d'emparar la Intervenció Pedagògica i/o Psicopedagògica amb infants que han de ser ingressats i atesos -amb motiu quirúrgic o no- a l'HUGDJT.*), els resultats extrets són:

En primer lloc, dins del concepte d'**Estudis i/o Investigacions** trobem que, l'hospital Trueta sí que hi ha una unitat d'investigació. En aquesta unitat, tothom qui vulgui pot presentar el projecte d'un estudi o d'una investigació, ara bé, per fer-ho, primer haurà de passar per un comitè d'experts i un comitè d'ètica, que valorarà si el projecte és vàlid, adient i viable.

L'accés a aquesta unitat, és obert a tots els professionals en plantilla de l'hospital. Tots els perfils professionals com ho poden ser: infermers/es, auxiliars, MIR's, metges/esses titulats, equips mèdics, etc. Però no tan sols ells poden presentar-ne, també està obert a col·laboracions amb altres centres sanitaris o bé d'altres àmbits professionals, que no sigui el clínic, pròpiament dit.

Per finalitzar, i en segon lloc, dins del concepte de **Projectes de Futur**, es pot extreure un projecte ferm però encara no definit en el temps, que donarà peu al desenvolupament de l'apartat que s'esdevé més endavant en aquest treball:

*"Aleshores, hi ha un projecte futur molt recent, que pretén que l'antic Hospital Santa Caterina, és a dir **el nou Parc Sanitari Martí Julià, s'acabi convertint en un hospital materno-infantil** És a dir, que allà en el futur, està previst si no canvia el projecte, que hi vagi allà tota la pediatria, l'obstetrícia i ginecologia, de manera que allò s'acabaria convertint en Hospital Matern Infantil. (...) És un projecte ferm. Està escrit i està projectat. Estan fent obres ja allà, perquè en el moment que aquelles obres estiguin i estigui condicionat, poder anar-hi."*

D'aquesta manera, encara es posa de més manifest, la necessitat de replantejar-nos l'atenció als infants hospitalitzats. A més a més, de l'estricta necessitat amb urgència, d'evolucionar cap a un model d'atenció pediàtrica centrat en la família.

7. REFLEXIÓ FINAL

Per tal de poder exposar de forma coherent i explícita, les necessitats que s'han pogut detectar en l'anàlisi dels resultats obtinguts, cal tenir present primer de tot, un seguit de punts extrets de la Carta dels Drets de l'Infant Hospitalitzat³ (1986):

D) Dret de l'infant a rebre una informació adaptada a la seva edat, al seu desenvolupament mental, al seu estat afectiu i psicològic, respectant el conjunt de tractament mèdic al que està sotmès i a les perspectives positives que aquest tractament ofereixi.

O) Dret a rebre, durant la seva permanència a l'hospital, les cures a través d'un personal qualificat que conegui perfectament les necessitats de cada grup d'edat tant en el pla físic com en l'afectiu.

És importantíssim tenir present aquests dos drets, ja que són els que justifiquen les línies generals d'intervenció pedagògica que a continuació es presentarà. Alhora, també com es veurà a continuació, són els punts més dèbils en l'anàlisi dels resultats obtinguts, perquè són els menys visibles i sovint, els inexistents en el context que s'ha analitzat.

Per començar, l'Hospital Trueta com tots el coneixem col·loquialment, és un Hospital de Referència. El motiu no és cap altre, que ser l'hospital més important dins de la Regió Sanitària de Girona. Aquest pertany a un hospital de Grau 2, és a dir, de màxima complexitat en tota la seva província. Però és que a més a més, és un hospital una mica especial; el motiu d'això és que a part de ser de Grau 2, té alguns serveis de Grau 3. Perquè ens entenguem, té en alguns serveis o especialitats, l'atenció usuària de màxima complexitat. Si es fa una visió general del context, es podrà veure que aquesta és la primera necessitat i la més greu en relació a l'àmbit que s'està proposant incorporar. Malgrat les característiques exposades anteriorment, l'hospital no compte amb la figura d'un professional de l'àmbit de la pedagogia o la psicopedagogia, ni tampoc amb els serveis ni les funcions que aquest hauria de desenvolupar.

³ Carta Europea dels Drets de l'Infant Hospitalitzat de 14 Abril. Diari Oficial de les Comunitats Europees. núm C 148/37 i 148/38.

Cal tenir en compte, que el problema de la inexistència de la figura del pedagog dins de l'àmbit sanitari no és només culpa/error d'aquest centre sanitari en concret, sinó que ho és de l'administració i del sistema sanitari públic en general. Però malgrat això, el problema encara s'agreuja més en aquest tipus d'hospitals, ja que representa que els Hospitals de Referència, són els encarregats d'atendre el major nombre de casos pediàtrics -d'una certa o força gravetat-, de tota la província assignada.

Segons les dades obtingudes a l' IDESCAT (2013, 2014), a la Província de Girona hi ha 754.800 habitants dels 7.512.982 en total, que som a Catalunya. D'aquest últim l'any 2013 en relació a l'edat pediàtrica, 1.186.069 eren menors. Es poden veure aquestes dades més específicament a la Taula 3 de l'Annex 4.

Tal com podem veure en aquesta mateixa Taula: 1.186.069 persones a Catalunya l'any 2013, eren menors en relació a l'edat pediàtrica estipulada per l'administració. Amb l'observació d'aquesta xifra, ens podem qüestionar la importància dels infants en la nostra societat, quin és el paper que hi juguen i quins són els àmbits, en què hauríem de tenir-los realment presents. Però, amb aquestes xifres el que sí està clar, és que aquest col·lectiu no és una minoria -i encara que ho fos-, no són una part de la població que hem d'oblidar, més enllà de l'atenció socioeducativa que ja se li dona habitualment. Com ja s'ha dit anteriorment, els infants també es posen malalts, i com a tal, mereixen ser atesos amb totes les seves necessitats (físiques i emocionals). Finalment, i si es concreta més a través de les dades de l' IDESCAT, sabem que l'any 2012 un total de 126.244 infants, eren possibles usuaris de l'atenció pediàtrica a la Regió Sanitària de Girona.

Crec que no és un nombre insignificant, com per no replantejar-nos què i com estem fent les coses, en relació als infants en els nostres centres sanitaris, i molt concretament, en l'Hospital Doctor Josep Trueta.

Per tant, per concloure en aquest primer sentit, s'ha de manifestar que l'1.186.069 d'infants que tenim a Catalunya, es mereixen la millor atenció sanitària -física i emocional-, sense distincions de cap tipus. No és una justificació tenir recursos, departaments o professionals específics només en els hospitals de més gran complexitat. Això només, en els hospitals que tenen una gestió privada o semi privada com ho pot ser l'Hospital Sant Joan de Déu a Barcelona. Cal, ser capaços de contemplar la possibilitat d'un canvi en el Sistema de Salut Pública. Actualment, és estrictament necessària i urgent, per a la millora de la salut dels nostres infants -i la de tots nosaltres-.

És intolerable que en ple 2014, en els Centres Hospitalaris de Catalunya només es doni una atenció mèdica tradicional, sense contemplar, ni tan sols considerar important, la pedagogia i la psicologia com a eines de treball. Eines útils, eficients i vitals per a la millora i el desenvolupament, dels infants malalts i/o en procés d'hospitalització.

Un altre aspecte que té relació amb la necessitat anterior, és que tal com està organitzada l'atenció especialitzada, és a dir, l'atenció que es dona als hospitals i als ambulatoris especialitzats, normalment i per norma general són de caràcter únic. És a dir, que l'atenció que s'ofereixen és general, indiferentment de si l'usuari és adult o infant. Això no és ben bé un problema, ara bé, ho comença a ser quan no es contempen les necessitats dels diversos col·lectius, i es considera usuaris equitativament iguals uns dels altres, tal com està succeint. A Catalunya només hi ha un hospital que ofereix una atenció específica als infants, i per tant és específicament de caire materno-infantil: l'Hospital Sant Joan de Déu. Però això, tampoc és un fet negatiu, ja que és un hospital de gran complexitat i d'alta tecnologia que està a disposició de qualsevol problema o quadre mèdic de caràcter molt complex o molt específic en l'àmbit de tot Catalunya. Ara bé, fins a quin punt, com a únic hospital d'aquesta tipologia, ha de donar resposta ell tot sol a totes aquestes necessitats?

Es pot entendre i comprendre el motiu de la distribució i la derivació d'aquests casos, ja que és comprensible que pel nombre de casos extrems o complexos que requereixen molta especialització, no tingui gaire sentit mantenir tants hospitals específics amb el cost econòmic que això representa (professionals, recursos, instrumental, etc.).

Però això, no vol dir que els hospitals generals (de 2^o i 1^o grau) no juguin un paper important, també. Aquests, que també atenen a infants i són els responsables d'atendre el major nombre de quadres mèdics més habituals o típics, s'obliden de les necessitats i capacitats dels seus usuaris més petits. Per tant, només contextualitzar que, malgrat que els hospitals siguin de caràcter general, també tenen àrees de pediatria. I és en aquestes àrees, que han de mantenir l'atenció especialitzada que ofereixen els centres d'alta especialització.

Certament ho han de fer, ajustant amb coherència els seus recursos, els seus professionals i els seus instruments, a la seva capacitat com a centre i a les necessitats dels seus usuaris.

En el cas concret de l'Hospital Dr. Josep Trueta, es veu clar que, és estrictament necessària la incorporació de la figura d'un professional de l'àmbit de la psicopedagogia, per tal de poder dissenyar projectes i intervenir amb els infants, per tal d'atendre aquestes necessitats de caràcter més educatives - emocionals. Com s'ha pogut saber amb l'abstracció de resultats, l'hospital té un caràcter de grau tres en algunes especialitats, i malgrat això, no es contempla el suport d'aquests professionals en cap moment. No té molt de sentit la seva absència. Com s'ha comentat anteriorment, la justificació en l'actualitat de la figura d'aquests professionals en un departament específic, només és viable si es tracta d'un hospital de màxima complexitat i que sigui estrictament materno-infantil. El motiu d'aquest, és perquè es solen intervenir amb infants que presenten quadres molt complexos, que tenen un alt índex de perill emocional, a causa de la gran complexitat que presenta la situació, etc.

Però que succeeix amb la resta d'infants que presenten quadres mèdics no tan complexos? No requereixen aquesta atenció? Com a professionals, creiem que no corren un risc emocional i per tant, concloem que no es mereixen projectes o intervencions psicopedagògiques que minimitzin aquest impacte emocional? Jo crec que sí. Però, per començar, primer ens hauríem de plantejar tots plegats, quina és la importància que li donem a les emocions, als sentiments i a la gestió emocional de les nostres situacions o experiències. Aquelles que són generadores d'aprenentatges significatius i fan petja en la nostra vida, en aquell mateix instant i en el futur. I aleshores, podríem ser capaços de valorar si és necessari o no les nostres intervencions. D'aquesta manera, entendríem la gran incongruència que té al respecte el sistema de sanitat pública a Catalunya i en la gran part del territori estatal; i així possiblement començaríem a proposar o donar solucions com a professionals al respecte, i acabaríem actuant.

En tercer lloc, s'ha de tenir en compte que, malgrat que l'hospital té docència perquè és un hospital universitari, i té vuit professionals de la medicina formant-se en l'especialització de pediatria, no es contempla la possibilitat de tenir professionals de l'àmbit de la pedagogia o la psicologia també. Possiblement com s'ha pogut veure en les conclusions, això sigui causat, per la poca tradició en l'àmbit social de preparar els seus professionals, en un període de pràctiques o especialització, un cop aquests han acabat la docència teòrica, textualment a la facultat. Aquest és un punt que ens juga a encontre als professionals de l'àmbit social, perquè en certa manera ens treu validesa o rigor en la nostra pràctica, en qualsevol àmbit: escolar, cultural, laboral o social.

El quart punt, que manté una fina línia de relació amb l'anterior, és el que fa referència amb la Ciber Aula que hi ha a l'àrea de pediatria del Trueta. Els hospitals de Catalunya és cert que, contempen en ells un espai d'oci i d'esbarjo pels infants. Tots ells, subvencionats l'entitat financera de La Caixa, és clar. És en aquest espai, on s'inclou la figura professional d'una persona formada en Magisteri. Aquesta, és l'encarregada de l'acompanyament i el suport acadèmic, per tal de poder complir amb alguns dels drets dels infants hospitalitzats, com ho són:

R) Dret a continuar la seva formació escolar durant la seva permanència a l'hospital, i a beneficiar-se de l'ensenyament dels mestres i del material didàctic que les autoritats escolars posin a la seva disposició, en particular en el cas d'una hospitalització perllongada, amb la condició de què aquesta activitat no causi perjudicis al seu benestar i/o que no obstaculitzi els tractaments que es segueixen.

T) Dret a poder rebre estudis en cas d'hospitalització parcial (hospitalització diürna) o de convalescència en el seu propi domicili.

Els objectius i les finalitats d'aquest professional és el que es posa en dubte en aquest treball. S'entén, que possiblement no siguin les finalitats més bàsiques o primordials a tenir en compte, quan tenim un infant hospitalitzat. Però no simplement és això, ja que el que s'intenta expressar, no és que la figura d'aquest professional hagi de ser eliminada, ni de bon tros. Ara bé, tots sabem que és necessària, però que no és l'única necessitat de caràcter pedagògic que necessita aquest perfil d'infant. De la mateixa manera, també cal revisar les funcions que aquest professional desenvolupa sovint, ja que possiblement i precisament les funcions de distracció, no les hauria de realitzar.

Si centrem aquesta visió, en l'hospital que ens ocupa, trobem uns quants problemes: el primer de tot, és que l'espai Ciber Aula és una aula polivalent. Aquesta acull en diverses hores del dia diverses funcions. En les hores del matí, l'espai és regit per aquest professional de l'educació i en les hores de la tarda, és un espai obert a altres usuaris per tal de respondre a: una aula d'informàtica i a una sala de joc, de la mà de voluntaris de la Creu Roja. Realment, el problema no prové ni molt menys del fet que sigui una aula polivalent, ni que s'utilitzin els mateixos recursos.

El problema, és el plantejament d'aquest espai, ja que durant totes les hores del dia, compleix la mateixa funció: distracció dels usuaris. En ell, no hi ha projectes o línies d'actuació entre les diverses activitats amb uns objectius clars. Per posar un exemple molt simple: La mestra al matí pot estar fent activitats de pintura amb un infant, que a la tarda una voluntària de la Creu Roja, també pot realitzar. En definitiva: la qüestió rau a plantejar-se si la feina que desenvolupa aquest professional és la correcta. I en cas de no ser així, aquest com a professional, seria capaç de poder abordar i atendre totes les necessitats, que presenten aquests infants? En aquest treball, es planteja que aquestes necessitats van més enllà, i no només amb l'actuació d'un mestre és suficient, per donar-hi resposta.

Per últim i en cinquè lloc, exposar possiblement la necessitat que resumeix tota la intencionalitat d'aquest treball. És a través del futur projecte que s'ha detectat i que està plantejat i pensat fer des de l'hospital Trueta. L'hospital té plantejat traslladar en un futur -encara no concretat sobre el calendari-, al Parc Sanitari Martí i Julià de Salt, tota la pediatria, ginecologia i obstetrícia. Convertint així aquest, en l'hospital materno-infantil de referència de la Regió Sanitària de Girona. Malgrat aquesta fantàstica notícia, tampoc es contempla enlloc, la incorporació d'un pedagog/psicopedagog, per tal de desenvolupar projectes de caire socioeducatius i sociosanitaris amb aquests tipus d'infants. Cosa que és un error per diversos motius, que en el següent punt s'aniran concretant, però que exposaré a continuació de forma breu. Aquests motius són necessitats pràctiques i tècniques, que en l'actualitat no es desenvolupen a l'hospital Josep Trueta.

El primer motiu és l'atenció de l'edat pediàtrica. Actualment, aquesta està marcada fins als 14 anys, però malgrat això sembla que a l'hospital Trueta, no s'arriba a entendre que els infants de 0 a 14 anys passen per diverses etapes de tipus cognitiu, emocional i evolutiu. Aquesta distinció és molt important tenir-la present, per a la intervenció dels professionals, ja que no és el mateix intervenir en una problemàtica concreta d'un infant de 3 anys o a un de 10 anys, encara que presentin el mateix quadre mèdic. El segon motiu, és l'atenció psicològica i psiquiàtrica que s'ofereix només i estrictament, al Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ).

Tots podrem entendre que és important tenir un espai concret, on poder reunir tots aquells problemes que els nostres infants tenen en relació al món de la psique, per tal de poder-hi donar resposta de la millor manera, i amb la millor atenció personalitzada possible. Però ens oblidem d'una cosa que és bàsica i primordial. Els problemes de la psique, no són simplement psicològics, en tant que només afecten els infants amb problemes de salut mental, problemes conductuals o emocionals, que són donats per un fet detonant o un context familiar, social i/o biològic personal. La psique i el món de les emocions, ens acompanya a tot arreu on anem, igual que el nostre cos físic. Per tant, si com capaços de donar resposta emocional de tipus psicopedagògic, a un infant amb problemes conductuals, com no podem entendre que l'hospitalització, també requereix aquests professionals? Cal entendre-ho, per tal d'evitar possibles conductes o afectacions de tipus conductual o emocional en un infant i/o família, que està patint un fet "insòlit" i sovint "incomprensible", en el transcurs de la seva vida "normal/quotidiana".

I finalment, l'últim motiu i possiblement aquell que és ja absolutament inexistent en l'hospital Josep Trueta. S'ha d'atendre a tots els agents implicats en aquesta situació. És a dir, primer de tot és l'atenció a l'infant, perquè ell és el subjecte principal. Però també, hem de començar a entendre, que una intervenció d'aquest tipus només és viable i factible, si tenim presents i fem també protagonistes a la família d'aquest (principalment els pares), i el context propi de cada infant, amb totes les seves característiques personals: escolars, socioeconòmiques, etc. És important doncs, vetllar per aquesta implicació i la seva corresponent intervenció centrada en el model de família. El motiu principal, és que ells són l'accés directe i el vincle efectiu, és a dir, la màxima figura de referència i de seguretat, que l'infant disposa en aquell àmbit, que per ell -com ho és per tothom-, et fa sentir vulnerable i en perill.

En definitiva, cal tenir present a partir de la detecció de les necessitats d'aquest centre sanitari que no podem obviar que la salut física va estrictament lligada a l'emocional. I que per tal que aquesta última no sigui un punt de desequilibri en la balança de la millora i l'evolució favorable de l'infant, han d'intervenir professionals de l'àmbit educatiu i psicològic. Per tal que, com a professionals podem ajudar als infants a crear, aprendre i desenvolupar eines i recursos de gestió emocional. En resum, hem de ser capaços de donar respost a aquestes necessitats, a través del treball amb aquests infants i mitjançant l'educació emocional.

8. VERS UNA PROPOSTA D'INTERVENCIÓ PEDAGÒGICA

John M. Gottman, psicòleg de la Universitat de Washington l'any 2007 va afirmar que parlar de sentiments ajuda als infants a estar capacitats per controlar-los i a no ser irreflexius. S'ha comprovat que el fet de parlar sobre les pròpies emocions, té un efecte sedant sobre el sistema nerviós (Psicologia Educativa, 2007).

Seguint aquesta línia, la proposta que es presenta té com a base, el que Antonio Damasio (2006), exposa en el seu llibre *El error de Descartes*. L'aprenentatge i la memòria no es basen exclusivament dels fets, sinó que s'arrelen en quelcom més enllà d'això: les emocions. Segons l'autor, aprenem, conjuntament i de forma automàtica, dels fets i del senyal emocional, que sorgeix i es manifesta al mateix temps, i que conclou provocant, un sentiment que prové d'aquesta mateixa emoció.

El procés d'aprenentatge, comença amb el coneixement dels fets. És a dir, que quan una persona està aprenent, aquest coneixement es desenvolupa en forma d'estructura localitzada, en la part mitjana del cervell anomenada *parahippocampal gyrus* o també coneguda com: àrea de gir parahipocampal. Alhora, tots aquells senyals o sensacions momentànies, que la persona està vivint i sentint –amb tots els sentits–, conjuntament amb la veu interior –auto-reflexions conscients o inconscients–, de com es sent. Totes elles, són traslladades en aquesta mateixa àrea del cervell, on es combinen conjuntament amb el coneixement, generant un efecte comú. Aquests senyals rebudes, s'uneixen entre si, en una regió del cervell que s'anomena *entorhinal còrtex*, col·loquialment coneguda com: còrtex entorrinal.

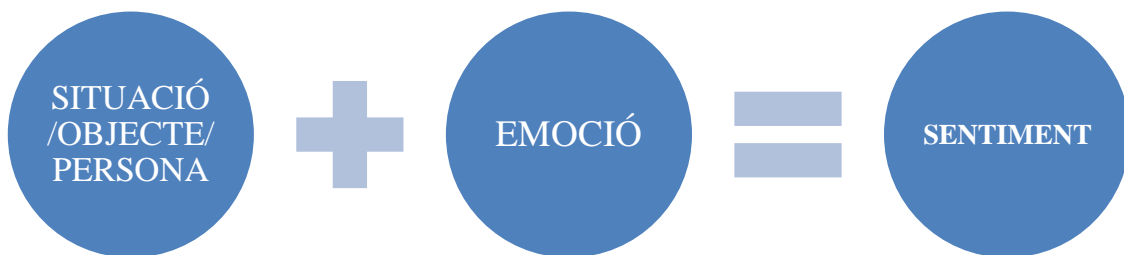
Aquesta és una zona relativament petita. En ella, podem trobar-hi grups de neurones que s'uneixen contínuament amb les connexions que rebem. Aquesta zona, sol estar connectada amb una altra estructura, situada una mica més avall: l'hipocamp. És en aquesta, on realment succeeix el pas fonamental, que com l'autor descriu gràficament: Succeeix el que equival al que succeeix quan premem el botó d'imprimir en un ordinador (Executive Excellence, 2011).

En definitiva, és comprensible si sabem que l'autor assegura que els processos d'aprenentatge es poden realitzar a través de moltes vies. Vies que poden ser realment contràries o diverses entre elles, i que per tant, dibuixen un procés d'aprenentatge, que mai segueix un mateix camí. El motiu d'això, és que intervenen i són capaces de fer-ho diverses parts del nostre cervell, que depenen del tipus d'aprenentatge que es requereix en cada moment, actuen o no. Però, tot això que Antonio Damasio exposa, què té a veure amb aquesta proposta?

Doncs, realment perquè és bàsic saber-ho. D'aquesta manera podem entendre que les emocions no neixen ni es formen, sinó que, són part d'un sistema automatitzat del nostre cos. Aquestes ens permeten reaccionar, davant del món des del moment del nostre naixement. Majoritàriament, les emocions són immediates i sense la necessitat d'exercir el propi pensament, ja que compleixen la funció de regular la nostra vida: les necessitats bàsiques -com dormir, beure, menjar, etc.-, a més a més, dels estímuls, la motivació, etc. És a dir, tenim dintre nostre, un sistema de regulació a partir de dos tipus d'emocions. Les primàries que són: la por, la ràbia o la felicitat, per exemple. I també, les complexes, com ho poden ser: l'admiració, l'orgull o bé, la compassió. Totes elles però, indiferentment del seu tipus, formen part d'equipament biològic propi, perquè com ja s'ha dit, no és quelcom que s'aprèn.

El que sí que s'aprèn, al llarg de la nostra vida -i des d'una edat molt precoç-, és a associar aquestes emocions -i els seus corresponents sentiments-, amb diverses situacions concretes, persones o objectes. Per posar un exemple: podem aprendre que un objecte, com ho és una arma pot generar-nos por, o la nostra pròpia mare generar-nos alegria.

D'aquesta manera, la connexió entre l'objecte/persona/situació i la pròpia emoció crea i esdevé, un sentiment (Damasio, 2006):



D'aquesta manera, si concretem que no aprenem les emocions perquè són quelcom innat, sinó que l'aprenentatge esdevé a partir de la connexió d'aquestes emocions a través del sistema de fets, podem dir que s'esdevé a través d'una emoció que ja està present en nosaltres. Segons Antonio Damasio (2006), les emocions arriben a aconseguir els seus objectius quan es generen accions. I no és ningú més que aquestes accions les que ens condueixen fins als sentiments.

Aquí neix els pilars bàsics d'aquesta proposta, quan s'afirma que, quan una emoció fa el seu treball, crea una acció. Aquesta acció, va dirigida cap a l'estat interior del nostre organisme, direcció a la seva conducta i a la seva ment (Damasio, 2006).

Les LÍNIES GENERALS vers una proposta d'intervenció pedagògica.

De l'Anàlisi i del Marc Teòric d'aquest treball, se'n trauran aquelles línies generals que es poden titllar com de "*parets mestres*", per a una proposta d'intervenció pedagògica a l'hospital. Aquestes, tenen en elles mateixes, les arrels del model d'atenció centrat en la família, que es desenvolupa a partir del Pla Estratègic 2005-08 a través del Programa Hospital Amic a l'Hospital Sant Joan de Déu (HSJDBCN). La Política Institucional d'aquest centre, té com a objectiu: *millorar l'experiència dels infants hospitalitzats i en conseqüència també, la de la seva família.*

Com que l'àmbit d'actuació de l'Hospital Doctor Josep Trueta, és diferent i molt més limitat que l'àmbit del model d'Hospital Amic de HSJDBCN, la proposta que s'exposa és més reduïda, adaptada i contextualitzada. El motiu principal, és que aquest centre de referència, presenta unes característiques i uns trets d'identitat diferents -com ho poden ser els seus recursos o el seu perfil d'usuari-, conjuntament amb una llista de necessitats molt específiques, que resulta impossible i innecessari la comparació amb cap altre.

Per tant, no es procura copiar ni imitar el model d'HSJDBCN, sinó cobrir i donar resposta a les necessitats concretes que s'han pogut detectar en l'anàlisi dels resultats de l'estudi realitzat anteriorment. Per fer-ho, es vol mantenir però, el mateix objectiu: *treballar al voltant de l'acte sanitari i tenir cura, precisament de les emocions.* Per tal de, proporcionar una proposta de millora que ajudi a aquesta realitat concreta, com ho és l'atenció psicopedagògica al Servei de Pediatria de l'Hospital Dr. Josep Trueta.

En aquesta taula resum, es pot observar les línies generals, classificades en tres blocs:

LÍNIES GENERALS VERS UNA PROPOSTA D'INTERVENCIÓ PEDAGÒGICA A L'HOSPITAL		
BLOC 1	BLOC 2	BLOC 3
ESTRUCTURES PEDAGÒGIQUES	SERVEIS I PROJECTES PSICOPEDAGÒGICS	MECANISMES INTERNS/EXTERNS SOCIOEDUCATIUS I SANITARIS
1.1. Adaptació de l'Entorn.	2.1. Aula hospitalària: Figura del Mestre hospitalari.	3.1. Participació activa centrada en la Família.
1.2. Creació d'Espais hospitalaris: espais lúdics i d'oci.	2.2. Intervenció pedagògica i/o psicopedagògica: Figura del Pedagog hospitalari.	3.2. Suport i Acompanyament Familiar.
	2.3. Projectes Hospitalaris i Socioeducatius	3.3. Adaptació de la Informació i dels Recursos per a la millor comprensió.
		3.4. Moviments i Teixit Associatiu i Col·laboratiu.

Taula 8: Línies generals vers una proposta d'intervenció pedagògica a l'hospital.

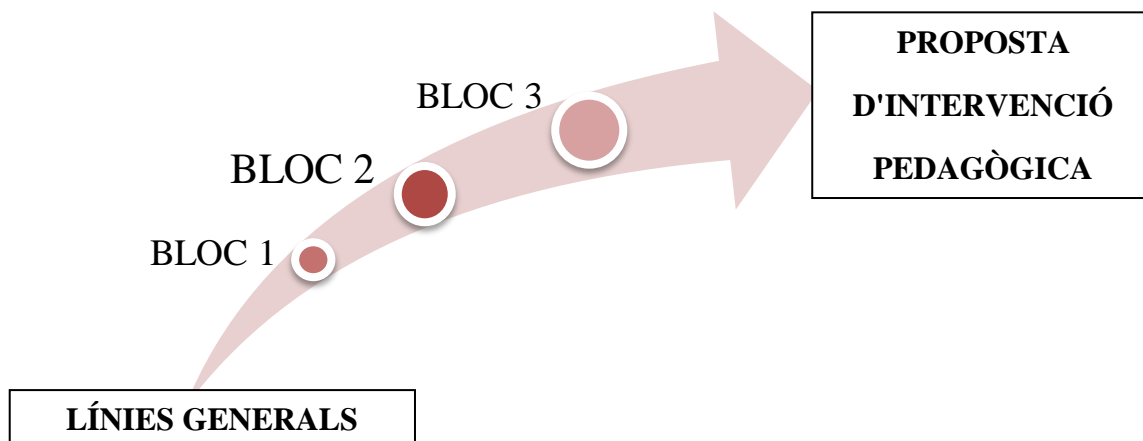
Podem observar com les línies generals, es presenten dividides i classificades en tres blocs. Aquests blocs són les diverses parets mestres, que la seva unió i la interacció entre elles, esdevenen l'estructura que s'hauria -en principi-, començar a treballar en una proposta d'intervenció pedagògica a l'hospital.

El bloc 2, s'estipula com el bloc central, on podríem dir que situaríem el "*pilar mestre*". És a dir, l'estructura més important en relació a l'actuació i intervenció pròpiament dita dels professionals, amb els infants hospitalitzats i les seves famílies. I el bloc 1 i 3, serien aquells "*pilars de reforç*", que es consideren imprescindible, perquè l'estructuració es mantingui fer-me i tingui coherència. El bloc 1 és el primer pas, una aproximació al món de les emocions a través de l'entorn. Ja que s'entén que, el impacte que exerceix l'entorn és precoç, a la resta d'esdeveniments. Alhora, l'entorn ha d'acompanyar en tot moment a conduir l'ambient, a un estat de tranquil·litat i familiaritat. I finalment, ha de permetre minimitzar els efectes negatius que l'entorn com a concepte social, comporta a tots els agents implicats.

El bloc 3, per la seva part, és l'encarregat de solidificar les altres dues estructures. Amb aquest, es permetrà entre altres coses, comunicar i vincular d'una forma directa i productiva les estructures socials i la mateixa entitat sanitària. D'aquesta manera, la societat civil -que també és usuària dels serveis sanitaris en algun moment donat-, podrà entrar a l'hospital i col·laborar i fer créixer aquest teixit, alhora que, els propis agents implicats en aquest context, podran mantenir malgrat aquest fet, el contacte real amb la seva societat, i per tant amb la seva quotidianitat.

També, es podrà amb aquest bloc, facilitar l'aprenentatge a través de l'educació emocional, amb la participació activa dels agents, i adaptant la informació i els recursos que aquests disposen.

D'aquesta manera, el camí cap a la proposta d'intervenció pedagògica es dibuixa així:



Il·lustració 6: Procés a partir d'unes línies generals vers a una possible Proposta d'Intervenció Pedagògica.

▪ **BLOC 1: ESTRUCTURES PEDAGÒGIQUES**

En aquest primer bloc, el que s'espera i s'adjudica als professionals responsables d'aquest és l'adaptació dels espais, infraestructures i mobiliari a l'edat infantil, tenint en compte diversos factors.



L'espai és un dels primers recursos que s'han de tenir en compte i gestionar en els sistemes sanitaris. En referència a la gestió dels espais hospitalaris concretament, aquest han d'anar estrictament lligats conjuntament amb la resta de recursos -humans, tecnològics, financers, etc.-, als objectius generals marcats pel mateix centre sanitari com també, pel caràcter limitat d'aquest tipus de recursos, ja que sovint la gestió eficient d'aquests espais ha de contemplar múltiples aspectes.

En aquesta línia de treball doncs i centrant l'atenció a l'espai hospitalari destinat i pensat per als infants, es proposa treballar a partir d'un model integrat. Aquest model, planteja focalitzar l'atenció en les necessitats dels usuaris pediàtrics. És a dir, busca un enfocament centrat en les necessitats d'atenció mèdica especialitzada, però a més a més, centrat en les necessitats psicosocials dels infants hospitalitzats, ja que se sap que l'atenció en aquesta àrea pot veure's afavorida o dificultada segons la manera que es dissenyen i es gestionen els espais infantils en els centres hospitalaris. Veiem alguns autors com Ullán i Belver (2006), que ho corroboren:

"La salud entendida como bienestar físico, psicológico y social es algo más que la definición oficial de un concepto. Ha de considerarse como un esquema que orienta la gestión de los diversos aspectos del Sistema Sanitario, y por lo tanto, también la gestión de los espacios del mismo, incluidos los espacios de los hospitales. Cuando un niño acude al hospital y debe permanecer en él, el hospital ha de concebirse como un "espacio de salud", capaz de dar respuesta eficiente a las necesidades de atención sanitaria del niño, pero también a otro tipo de necesidades del paciente pediátrico que afectan a su bienestar. Dado que la atención de algunas de estas necesidades puede estar fuertemente condicionada por factores relativos al diseño y la gestión de los espacios del hospital, resulta necesario valorar hasta qué punto la calidad de los servicios sanitarios prestados puede mejorarse haciendo hincapié en este tipo de factores.". (p.24)

Segons Ullán i Belver (2006), el model tradicional en el disseny i la gestió d'aquest tipus d'espais ha estat centrat en les funcions de diagnòstic i tractament que s'han de complir per part dels professionals de la sanitat en aquests espais. De la mateixa manera que fins ara, la resta de funcions -en la pràctica-, han estat considerades secundàries o auxiliar -com ja hem pogut detectar en els resultats d'aquest estudi-, de manera que; la seva consideració o valoració alhora de gestionar aquests espais ha estat insuficient i sovint inexistent.

Malgrat això, la corrent va canviant en aquest sentit, i les concepcions contemporànies dels hospitals entenen que els espais s'han de considerar espais de salut integral, centrant la importància en la qualitat de vida dels pacients i en les diverses dimensions i alhora també en l'atenció de les necessitats de tipus: físic, psicològic i social.

Per tant, i iniciant en aquesta mateixa línia l'atenció de les diverses dimensions i les necessitats dels infants, podem concretar que cal incorporar a part de les funcions hospitalàries bàsiques com ho són el diagnòstic, el tractament i les cures físiques, altres funcions com: l'atenció psicosocial dels nens/es ingressats, el suport social, la continuïtat educativa, el joc i la creativitat com elements fonamentals per assolir la millor qualitat de vida del petit usuari.

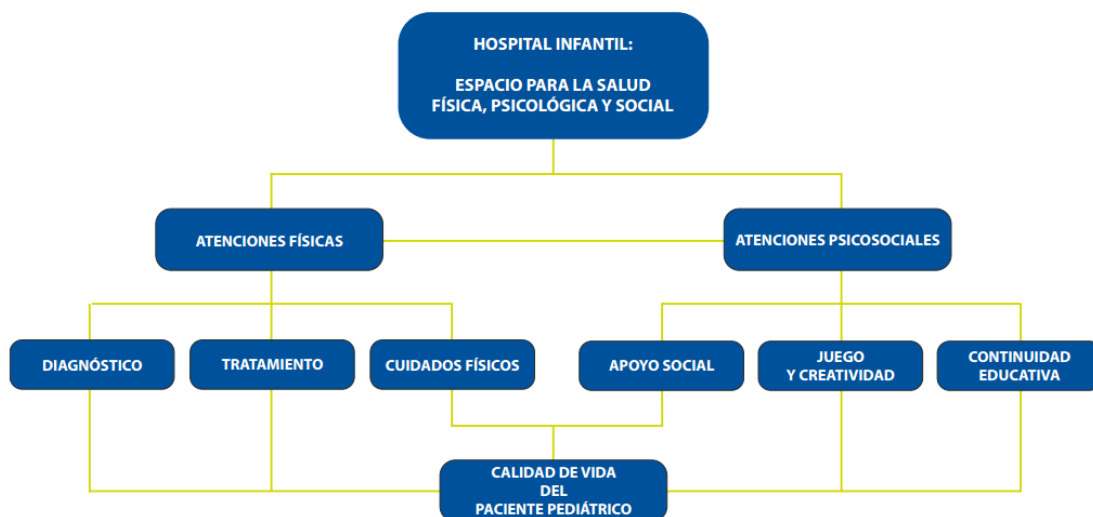


Figura 2: Nuevas funciones de los hospitales infantiles

Il·lustració 7: Ullán i Belver (2006.). **Esquema de les funcions dels hospitals infantils, en relació a l'atenció i intervenció de l'infant hospitalitzat.** (p.25).

- **1.1. Adaptació de l'Entorn:**

Així doncs, podem concloure que no només la desatenció d'aquests últims factors poden afectar i perjudicar la salut de l'infant malalt, sinó que també, pot parilitzar o impedir la recuperació física d'aquest. D'aquesta manera queda demostrat que, la dimensió biològica de l'infant va estrictament lligada a la dimensió psicològica i social d'aquest. I a més a més, que els Serveis Sanitaris, no poden desacreditar aquests aspectes, donant només, resposta a les necessitats físiques dels nostres infants.

Està demostrat que l'atenció psicològica, educativa i social en aquest àmbit no és un punt extra. No es pot deixar tan sols, a la voluntat i a les pràctiques professionals del personal sanitari, sinó que s'ha de convertir en un punt clau i bàsic, conduït per experts i professionals de la material: pedagogs, psicopedagogs, educadors socials, dissenyadors, arquitectes, etc.

Un cop aquest model integral, s'ha caracteritzat per l'atenció de tots els factors, cal tenir present que l'adaptació de l'espai ha d'estar focalitzat entenent que un infant



hospitalitzat ha de poder fer quatre coses bàsiques. Aquestes són: 1) Relacionar-se amb la seva família, 2) Relacionar-se amb els seus amics, 3) Relacionar-se amb el personal sanitari i altres pacients i 4) Relacionar-se amb l'entorn, per tal d'efectuar-se correctament el procés de curació. Per tant, cal tenir en compte a l'hora d'adaptar els espais, les infraestructures i el mobiliari, la relació entre tots ells, i la vinculació que es crearà a través dels espais lúdics, interactius i creatius.



És generalment coneguda, la importància del joc en els infants. Per tant, també ho és amb els que estan hospitalitzats. Aquesta és la principal via de treball i disseny, que han de tenir en compte els professionals, encarregats d'aquest primer bloc. El joc constitueix un aspecte central en el desenvolupament dels infants. Ho fa, tant a nivell cognitiu, emocional com social. Per un nen hospitalitzat, aquests tres nivells s'agregen, ja que prenen més força i més rellevància. Per aquest motiu, aquest bloc ha de produir millores en els efectes psicosocials negatius produïts per la malaltia i l'hospitalització. En definitiva, el joc en l'àmbit hospitalari ha de ser un recurs bàsic, des d'una visió preventiva i terapèutica.

L'adaptació de l'espai a l'infant, ha de permetre que el joc en aquest àmbit compleixi funcions terapèutiques. Com per exemple: reduir l'ansietat i la por, millorar les capacitats de confrontació i resolució de conflictes emocionals, millorar la cooperació i comunicació amb el personal sanitari, o bé, aprendre i proporcionar informació; entre d'altres. D'aquesta manera, l'entorn es converteixen en el recurs principal, per a poder desenvolupar els blocs següents.

A continuació es presenten alguns exemples més específics per concloure i simplificar aquest primer bloc de treball.



Royal London Hospital i Nation Wide Children's Hospital Columbus

L'accés a l'hospital i les àrees més generals, com ho poden ser l'entrada o els passadissos, han de poder ajudar a minimitzar l'impacte d'accedir a un espai nou i desconegut. Han de ser capaços de cridar l'atenció de forma visual, despertant sensacions i emocions. Els infants han d'identificar aquestes, com a conegudes i interessants. Han de despertar l'interès per a l'exploració i la interacció amb l'entorn, fomentant el joc i la manipulació amb l'espai. Com podem veure que passa per exemple, al Royal London Hospital o a Ríó de Janeiro.

Però, a més a més de les àrees més generals, s'han d'adaptar també espais com les habitacions, les UCI's, les sales de cures, els quiròfans, etc. És a dir, s'han de dissenyar i adaptar, totes les zones que requereixen intervencions per part de tots els professionals. El motiu rau en que cada intervenció -tant sigui una cura, una operació quirúrgica o una intervenció psicopedagògica-, ha d'estar acompanyada d'un espai/ambient reconfortable i a l'abast de l'infant. L'hospital ha de ser un espai ple de llum, color, imatges i mobiliari que permeti als professionals treballar, intervenir i interactuar amb els pacients, sense augmentar el factor negatiu, que pot comportar "un lloc desconegut i no agradable".



Hospital Rio de Janeiro i Queen Silvia Children's Hospital.

- **1.2. Creació d'Espais Hospitalaris Lúdics i d'Oci:**

Un cop s'ha realitzat l'adaptació de l'entorn. És a dir, que s'han donat resposta a totes les necessitats -físiques, psíquiques i socials- de l'infant, els professionals de l'àmbit social i educatiu, han de crear espais destinats expressament a la funció terapèutica i de distracció del joc. Espais com a recursos principals per a l'oci i el temps lúdic, dins del sistema sanitari, contemplant en ells elements de distracció, interacció i de joc.

Aquests espais, han de ser ubicats dins i fora de la institució sanitària. Per tant, hem de disposar d'espais d'oci i temps de lleure a les zones exteriors del recinte hospitalari: patis interiors, patis exteriors, passadissos interns, etc. Com també, en els espais interiors comuns, com ja hem



"El jardín de mi Hospi"

Hospital de la Paz de Madrid.

dit: passadissos d'entrada i sortida, sales d'espera, entrada principal, etc. A més a més de tenir present, un espai únic i exclusiu com ho és una Sala de jocs.



Evelina Children's Hospital - London

És bàsic que aquests espais, responguin a objectius estètics com ho pot ser: *Simular les infraestructures hospitalàries com un món de fantasia*, però també han de respondre a objectius funcionals i didàctics com ho pot ser: *Desenvolupar espais, elements i mobiliari que permeti a l'infant l'aprenentatge, l'exploració i la interacció amb un entorn nou, facilitant així l'adaptació a un context nou i que pot generar conflicte emocional*. A més a més, els objectius han de respondre, el més possible a les necessitats de tota l'edat pediàtrica.

És a dir, ha d'intentar donar resposta a les necessitats de totes les edats. Han d'intentar homogeneïtzar l'espai de tal manera, que els elements i les infraestructures satisfacin al major nombre d'usuaris, intentant adaptar l'entorn a les capacitats cognitives i emocionals de tots ells. D'aquesta idea, se n'extreu el concepte: Decoració terapèutica.

▪ BLOC 2: SERVEIS I PROJECTES

Aquest segon bloc, inclou les línies generals que es consideren més important, en relació directa a l'educació emocional, i per tant, a les necessitats bàsiques que aquests infants requereixen.

M'agradaria començar aquest bloc amb les declaracions d'un vídeo on Eduard Punset l'any 2006, parla sobre la importància de la competència emocional:

"Claro que nos gustaría incidir sobre el carácter de la gente, y sobre los principios morales, i sobre el comportamiento cívico de los ciudadanos. Pero la neurociencia moderna, está descubriendo que nada de esto es posible. No solo que nada de esto es posible, sino que es un verdadero disparate pretenderlo sin estudiar la competencia emocional. Lo que son nuestras emociones básicas y universales, con las que venimos al mundo". (Grupo Punset Producciones, 2006. Min.0:35).

D'aquesta manera, s'introdueix en aquest bloc "mare" els conceptes de competència emocional i educació emocional. Antonio Damasio, en una entrevista amb Eduard Punset sobre Educació Emocional (2006), afirmava sobre aquest concepte, quelcom molt interessant. Segons l'autor, tenim emocions bones i dolentes, inherents a nosaltres. Aquest fet, ens transporta segons ell, al principal l'objectiu d'una bona educació: *poder organitzar les emocions de tal manera que, puguem cultivar les millors emocions i eliminar les pitjors.*

Per tant, en aquest segon bloc i per tal d'intervenir de la forma més específica possible, s'estableixen tres línies generals: Aula Hospitalària: Figura del mestre hospitalari, Intervenció pedagògica: Figura del pedagog hospitalari, i Projectes Socioeducatius i hospitalaris. Cadascuna d'elles, treballarà l'educació emocional conjuntament amb altres àmbits d'actuació per tal de poder donar resposta a aquestes necessitats, manifestades amb anterioritat.

• 2.1. Aula Hospitalària. La Figura del Mestre Hospitalari:

L'Aula Hospitalària, en si mateixa presenta certs dubtes, com s'ha pogut observar en els resultats i en l'anàlisi d'aquest treball. Per tant, en aquest bloc es presenta la proposta de realitzar un canvi de concepte o fer una aproximació més detallada de les seves funcions.

Cal dir però primerament, que la justícia des de fa relativament poc i al llarg del temps, la recolza en diversos contextos o moments (Annex 5). Per destacar-ne algunes d'elles, possiblement les més rellevants, trobem la Ley de Integración Social de Los Minusválidos⁴, la Ley Orgánica de Ordenación del Sistema Educativo (LOGSE), Capítulo V, artículo 63.1, o la Carta Europea dels Drets de l'Infant Hospitalitzat⁵.

Veiem l'evolució. Cap a l'any 1982 a Espanya, i després d'alguns moviments dins dels seus hospitals, en relació a l'ensenyament dels infants amb més problemàtiques socials i de salut, sorgeixen d'una manera molt transversal les dues primeres lleis. No va ser fins al 1998 però, quan el Ministerio de Educació va legislar de forma més concreta, conjuntament amb el Ministerio de Sanidad, Consumo y el Instituto Nacional de Salud. Aquests tres, van firmar doncs, un conveni on es fixaven les bases i la política compensatòria destinada a resoldre l'escolarització dels infants convalsents o ingressats en centres hospitalaris. L'objectiu com ja s'ha dit, és que aquest procés no fos un impediment per a la formació educativa d'aquests infants.

Des d'aquell moment, a Espanya s'iniciava un treball, que s'aproximava més a la política educativa que des de feia gairebé vint anys, és recollir en la famosa Carta Europea dels Drets de l'Infant Hospitalitzat. Així doncs, des del Ministerio de Educació, es van assumir responsabilitats d'organització i funcionament de les unitats escolars dintre de les institucions hospitalàries. Aquest Ministeri gestionava el servei econòmicament i el brindava dels professors i recursos necessaris. Per l'altra banda, l'Instituto Nacional de la Salud, va adquirir el compromís d'habilitar els espais perquè aquestes unitats escolars fossin una realitat. Ara bé, actualment la gestió d'aquestes unitats, han passat a ser responsabilitat total de les comunitats autònomes (Mejía Asensio y González Merino, 2006).

D'aquesta manera, i per tots aquests motius no es proposa l'eliminació d'aquestes Aules Hospitalàries. Ara que, sí que es proposa una revisió de totes les lleis i ordenacions jurídiques, ja que el que es recull en elles, a vegades no és el que es compleix en la realitat. Exigint així, també una rectificació d'algunes actuacions i la gestió dels recursos destinats -cada cop menys a causa de la crisi actual-. Arribats en aquest punt, i per tant, des d'aquestes línies generals es presenta una possible.

⁴ Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, BOE núm. 103 (1982).

⁵ Carta Europea dels Drets de l'Infant Hospitalitzat de 14 Abril. Diari Oficial de les Comunitats Europees. núm C 148/37 i 148/38 (1986).

La supressió de les Unitats Educatives -com a unitats físiques-, en els centres hospitalaris de grau 1 i 2. Els motius principals d'aquesta, són: Primerament, la curta durada de l'hospitalització que, no sol sobrepassar d'una setmana, sent habitualment un ingrés de dos/tres dies màxims. Aquesta es considera, una necessitat que no és bàsica ni primordial. Qualsevol infant, encara que no estigui hospitalitzat, pot estar-se intern a casa seva durant una setmana, per motius de salut sense la necessitat d'un suport, per part d'un professional o un docent. Per aquest motiu, el que es creu convenient és l'eliminació física de la unitat, però en cap moment l'eliminació del servei i el professional. I en segon lloc, i en relació als resultats obtinguts, la realització de tasques merament no "escolars". Cosa que no vol dir, que siguin pràctiques no idònies, sinó que, simplement no corresponen a aquesta unitat desenvolupar.

Es considera en aquest punt, que el servei ha de ser gestionat i dirigit per un professional de la docència, és a dir un mestre. Aquest hi serà físicament present a l'hospital i només realitzarà tasques que del seu perfil professional, en els casos concrets on se'ls requereixi o on sigui sol·licitat per la família o l'infant. Serà estrictament necessària la seva intervenció quan l'hospitalització es mantingui en el temps per X motiu. Perquè que s'entén que, aleshores si no s'atengués aquesta necessitat, s'estaria vulnerant les lleis actuals i privant a l'infant dels seus drets.

A l'Annex 6, es poden veure totes les funcions específiques que han de desenvolupar els professors dins les aules hospitalàries. Funcions presentades pel Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, l'any 2006. En aquest apartat però, només es farà referència a algunes de les "*Les funcions específiques que desenvolupen els professors a les aules hospitalàries*". I s'escriu aquest títol entre cometes, perquè com queda en evidència: algunes es realitzen i d'altres que no. Però és que, a més a més, se'n realitzen algunes que, encara que estiguin recollides en aquest llistat, no hi haurien de ser. Almenys, no haurien d'estar en un llistat que descriu unes funcions i tasques específiques destinat a perfil de professional, que no és expert en aquesta matèria.

Veiem algunes de les tasques que no s'haurien de fer per part d'aquests professionals. Malgrat que, igualment i realment no es fan. O bé, algunes que tampoc s'haurien de fer, pels motius que ja he explicat anteriorment (Ministerio de Educación y Ciencia, 2006):

- *Recibimiento y acogida del nuevo alumno hospitalizado tendente a superar el momento de angustia que produce en él su ingreso en el hospital.*

- **Coordinación con el equipo médico y personal sanitario**, solicitando toda la información posible acerca de la enfermedad del niño y la **posible actuación** a llevar con él.
- **Creación de un ambiente apropiado** en el aula encaminado a estimular y motivar al alumno que acude a ella, teniendo en cuenta la diversidad creada por su situación social y sanitaria.
- **Potenciación de las actividades lúdicas**, tanto dentro como fuera del horario escolar, proporcionándoles de recursos suficientes para que los utilicen en su tiempo libre y que les permita relacionarse con otros alumnos hospitalizados y que padecen la misma o distinta enfermedad que ellos.

Veiem algunes ara, de les que en teoria sí que es fan, i d'altres que no. Aquestes sí que corresponen a la seva tasca professional dins de l'àmbit hospitalari:

- **Atención educativa del alumno individualizada y personalizada**, poniéndose en contacto con el tutor de su centro de origen, de manera que sea más fácil su normalización educativa y poniendo las bases para la elaboración de un **plan de trabajo individual**, bajo las pautas marcadas por su tutor y **teniendo en cuenta las características propias del alumno**: edad, estado anímico, proceso evolutivo de su enfermedad, etc.
- **Elaboración de un informe final** en el que se recojan los progresos educativos del alumno hospitalizado una vez que éste ha sido dado de alta médica y su envío al centro de origen, para que se tenga constancia escrita del seguimiento que se ha tenido y de la coordinación mantenida con el tutor durante el periodo de hospitalización.

En resum i per concloure, en aquesta primera línia de treball -dintre del Bloc 2 de Serveis i Projectes-, es crearia el que s'anomenaria el Servei del Mestre Hospitalari. És a dir, un servei estrictament acadèmic que respongués únicament als objectius marcats pel marc legislatiu i la política educativa. Mestres hospitalaris que vetllarien simplement, per donar resposta a les necessitats acadèmiques bàsiques d'aquests infants i pel seguiment de la seva escolarització, en la mesura que fos possible.

La resta de funcions, que es consideren importants abordar i realitzar amb aquests infants, es traslladen en la segona línia general del bloc, el punt 2.2. En ella, es troba el pilar mare de tota la resta de línies.

- **2.2. Intervenció Pedagògica: Figura del Pedagog Hospitalari.**

La línia general d'aquest punt 2.2, és de totes elles, la més fonamental. El motiu d'això no és cap altre, que aquí se centra l'educació emocional pròpiament dita. Educació que després s'anirà treballant i consolidant, amb altres metodologies i en altres àmbits o projectes. Però, per tal que això sigui una realitat en el món de l'hospitalització infantil, primer cal treballar i intervenir profundament amb aquests infants. Els professionals encarregats de fer-ho, són els psicopedagogs -pedagogs i/o psicòlegs-.

Eduard Punset (2010), en un vídeo on es pot observar, una conversació amb el doctor Antonio Damasio, anomenat: *Cerebro y emociones*, assegurava que les emocions són fonamentals per a sobreviure. Ell deia que, una persona que no controla les seves emocions és un perill, però la persona que no té emocions, encara ho és més. Ara bé, segons Punset, la ciència no s'ha pogut ocupar sèriament de les emocions, almenys fins fa poc temps. El motiu principal, segons l'autor, és perquè no comptàvem amb les tècniques, com per exemple, la ressonància magnètica. Amb l'evolució de la ciència, al final s'ha pogut demostrar, que sense les emocions no hi ha intel·ligència possible. A més a més, que tampoc podríem prendre una sola decisió, si no aquesta provocada primer, per una emoció.

Però què ens diu tot això, en referència a la intervenció pedagògica que hem de fer amb aquests infants a través de l'educació emocional? Sabem que les emocions són provocades, per les parts més primitives del nostre cervell, però perquè ens serveixen? Tenen alguna utilitat més enllà, del pensament biològic o psicologia evolutiva, que creu que les emocions, són un sistema de guia de l'organisme -per aproximar-se o evitar un estímul-?

Alguns autors, creuen que la felicitat, l'autorealització i l'autogestió emocional, són conceptes que estan relacionats amb tenir una vida amb significat, és a dir, per tant, treballar amb conceptes que es poden transformar i millorar. Altres autors, consideren que les nostres emocions, són un tipus de mecanisme que té la natura, per motivar-nos i poder fer allò que està determinat, per la supervivència i la selecció natural. Aquests creuen però, que l'evolució de l'esser humà, actualment ha aconseguit burlar a la natura, i hem pogut crear accessos i camins nous, dintre del nostre cervell, per arribar a la felicitat. Així afirmen que, l'emoció i la intel·ligència caminen sempre unides.

El metge i neuròleg, Antonio Demasio (2006), considera molt important la distinció entre l'emoció i el sentiment. Aquesta idea és bàsica per dissenyar i planificar el tipus d'intervenció que desenvoluparem amb els infants hospitalitzats. El motiu d'això és l'experimentació d'una emoció en ella mateixa. Aquesta, prové d'un conjunt de canvis en l'estat corporal, quan es connecten en un sistema cerebral específic, determinades imatges mentals. És a dir, quan un estímul desencadena una reacció automàtica. Per tant, tenim un sentiment, quan som capaços de percebre un estímul generador (exterior), la reacció del cop (determinada pel cervell) i les idees que l'acompanyen.

A partir d'aquesta idea, apareix l'educació emocional. Que no és res més que, a grans trets: l'habilitat per prendre consciència de les pròpies emocions i de les emocions de les altres persones. A més a més, de la capacitat per regular-les. Cal estrictament, tenir consciència emocional, per tal de poder passar a la regulació. Procedir a l'autoregulació emocional, consisteix treballar en un difícil equilibri entre la impulsivitat i la repressió. Ja que, tots dos extrems, si no es reguessin, podrien arribar a ser perjudicials per la persona. També, existeix la regulació de les emocions dels altres, en el sentit que, el comportament de cada persona influeix en les emocions dels altres, i per tant, també influeix en el seu comportament (Bisquerra, 2012).

Aquesta idea que Rafael Bisquerra presenta, em permet concretar la justificació de tota aquesta introducció amb l'actuació i la intervenció psicopedagògica que s'ha de desenvolupar en els centres hospitalaris i concretament, en les àrees pediàtriques.

Hem de considerar, que és bàsic per aquests infants, assolir consciència i regulació emocional. Primer perquè estan considerades competències bàsiques per a la vida. I segons, perquè són aquestes les que permeten, si la persona les ha adquirit, estar en millors condicions per a fer front als reptes que planteja la vida: en aquest cas, el repte de l'hospitalització. I en un últim aspecte, però no menys rellevant, ens permeten construir un benestar personal i social. Per tant, seria com apropar el model de competències emocionals que s'ha desenvolupat en els últims anys en l'àmbit educatiu, i adaptar-lo a l'àmbit sanitari. En educació, hem parlat moltíssim respecte a l'evidència empírica d'aquests termes en l'àmbit escolar. Tots sabem que la intel·ligència emocional genera efectes positius, com per exemple: la disminució de l'ansietat, l'estrès, els comportaments de risc, els conflictes, etc.

Alhora que també, s'ha parlat de la millora en diversos aspectes, com és la tolerància a la frustració, la resiliència, i el benestar emocional. I doncs, perquè no es treballa tot això en l'àmbit clínic i hospitalari? És que, realment no són els mateixos infants que tractem a l'escola?

Per això Bisquerra (2012), afirma que, la relació entre emoció, educació i salut, cada cop es fa més evident. Ja podem veure estudis que demostren com les emocions negatives contribueixen a disminuir les defenses del sistema immunitari. Per tant, es conclou que aquestes predisposen a contraure malalties. En canvi, sabem que les emocions positives, augmenten les mateixes defenses i en conseqüència, intervenen com a prevenció de malalties. Per no manifestar, les malalties que es presenten cada cop més, de caràcter psicossomàtic: asma, úlceres gàstrica, hipertensió, trastorns cardiovasculars, etc.

Per concloure, per tant. Què hem de fer els professionals de la pedagogia i la psicologia en aquest bloc? Doncs senzill. En primer lloc, hem de prendre consciència de la importància de la intel·ligència emocional en aquesta etapa pediàtrica. Per aquest motiu ha de ser la nostra metodologia de treball i el nostre objectiu principal. Ja que, hem de considerar que l'educació emocional d'aquests infants hospitalitzats, forma part de la seva salut mental, i per tant, de la millora del seu benestar.

En segon lloc, hem de centrar les nostres intervencions a garantir una etapa adulta amb salut. Com ho hem de fer? Intentant mitjançant les intervencions acompanyar, ajudar i ensenyar a desenvolupar estratègies que permetin l'accés al món emocional i a la comprensió d'aquest. Per tal, de poder assegurar-nos, que l'infant disposarà en el futur de recursos i eines, per tal de desenvolupar-se a la vida, de la forma més autònoma possible.

I en tercer lloc, també ha de ser capaç de traslladar les seves intervencions, a les famílies d'aquests infants. Ja que, elles també formen part activa d'aquesta situació. És a dir, el que està malalt és l'infant, però els membres de la família, viuen la mateixa experiència que aquest, encara que la perceben de forma diferent. Com a professionals, he de dissenyar intervencions que permetin l'educació emocional també d'aquests agents. És l'única manera, d'assegurar-nos el benestar global i mantenir l'estructuració familiar habitual.

En definitiva: ens hem de dedicar en cos i ànima, per crear i dissenyar intervencions que permetin desenvolupar eines i recursos. Aquests, han d'ajudar a l'infant primer, i a la família després. Eines i recursos per fer front una situació complexa, complicada i "negativa", amb intel·ligència emocional. Si aconseguim això, estic segura que, la nostra tasca serà clau per generar millors pronòstics en aquests infants.

Com ho hem de treballar? Crec que a través d'intervencions comunicatives, amb un cert caràcter lúdic i a través del joc, moltes vegades. Intervencions on l'experimentació, l'expressió dels sentiments i sensacions siguin el camí cap a l'aprenentatge. L'exploració i l'observació. El fet de compartir la informació, i aquesta adaptar-la a les



capacitats cognitives dels nostres infants. En definitiva, treballar mitjançant i a través, de la creació de vincles d'efectivitat i confiança, amb l'infant i la família.

En l'Annex 8, es presenta un quadre resum de tots els aspectes bàsics que els professionals, hauríem de tenir en compte, en aquest segon bloc.

- **2.3. Projectes Socioeducatius i Hospitalaris.**

Aquesta és l'última línia general dintre d'aquest segon bloc. En ella, s'inclouen tots els projectes socioeducatius i hospitalaris, que es desenvoluparien en el centre hospitalari, o bé, a l'exterior del recinte.

Podríem dir doncs, que possiblement és la línia d'aquest bloc que es pot concretar menys. Ja que tal projectes han de respondre a unes necessitats molt específiques i a un col·lectiu molt determinat, i això només és possible desenvolupant molt més la proposta d'intervenció pedagògica i/o psicopedagògica. En tot cas, en ella s'hi recollirien aquells projectes com ho poden ser totes les teràpies: musicoteràpia, artteràpia, equinoteràpia, teràpia assistida amb animals, etc. A més a més, de projectes socioeducatius que vincuessin l'hospital amb la realitat social: El teatre, la música, la dansa, l'esport, la cultura, el ioga i la relaxació, etc.

És a dir, s'inclourien en aquest, tots aquells projectes que treballessin l'educació emocional a través de la interacció i l'acció dels agents més enllà de la pròpia relació amb la malaltia i el procés d'hospitalització. Per tal que, amb l'ajuda d'aquests projectes, es vagi solidificant les tasques i funcions que es desenvolupen a través de la intervenció pedagògica, tant en els infants com amb les famílies (punt 2.2). Està clar, que malgrat que un nen estigui malalt i hospitalitzat, no deixar de ser un nen. I per tant, és de vital importància mantenir-lo vinculat al món i a l'activitat social. A més a més, de poder-lo aproximar a un aprenentatge més significatiu de l'hospitalització. Es busca el benestar de l'infant, la millor qualitat de vida. Els projectes terapèutics d'aquest caire, en definitiva volen ser un recurs de suport a la intervenció dels professionals: sanitaris i psicopedagògics. A més a més, uns objectius més específics com: *Buscar la millora de la sociabilitat i les relacions familiars dins del context sociosanitari, o Crear una millora en les habilitats motores, sensorials, cognitives i/o socials*, entre d'altres.

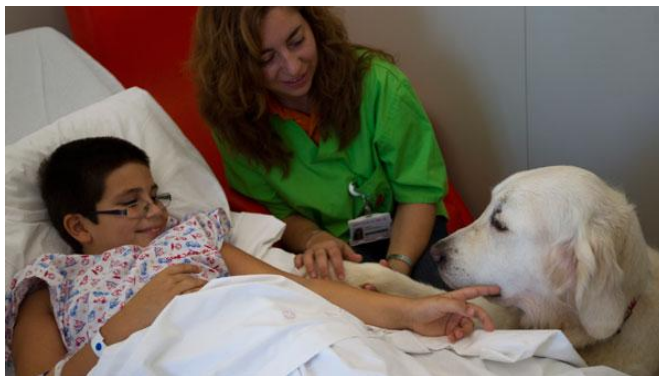
Així doncs, gràcies a les teràpies dels gossos per exemple, els nens i nenes poden treballar i aprendre un piló de coses i conceptes. Poden aprendre a perdre la por. Poden interaccionar amb aquests animals, creant un clima d'afectivitat i efecte, que redueix directament l'ansietat -normalment entre la família i/o els professionals sanitaris-, i transforma una situació complexa, en un moment "íntim" entre infant/animal. Poden treballar les capacitats motores o fins i tot, les rutines quotidianes, etc. A més, també poden treballar molts aspectes "de procediments clínics" o "emocionals".

Per exemple, els infants aprenen com són els procediments de cura que els professionals sanitaris desenvolupen amb ells, mitjançant la simulació i la imitació d'aquest. Els nens i nenes, són ells mateixos qui procedeixen a fer les cures als animals. Convertint així, aquests projectes com un recurs i una pràctica bàsica i necessària per complementar l'acció pedagògica/psicopedagògica a l'hospital.



Un possible model de projecte, podria ser: Ànimalnen: un projecte d'intervenció assistida amb animals: teràpies i educació (Annex 7). És un projecte de CTAC Centre de Teràpies Assistides amb Cans i l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (2014).

Aquest va un xic més enllà, del que ja s'estava fent des del 2012, a la unitat de l'hospital en relació amb les teràpies assistides amb cans. Amb aquest programa, s'ha marcat uns objectius molt específics i interessants, que es poden llegir en la descripció del programa, que es troba en el mateix annex.



▪ **BLOC3: MECANISMES INTERNS/EXTERNIS**

Aquest tercer bloc, inclou un esbós de les últimes línies generals. Representen l'últim pas, cap al correcte desenvolupament de la intervenció pedagògica. Se n'han marcat quatre, però segurament si es desenvolupes la proposta aquest es concretarien més, o s'inclourien apartats que jo no he considerat rellevants, ja que podrien estar ja inclosos.

• **3.1. Participació Activa Centrada en la Família.**

Aquesta línia, permetria als professionals psicoeducatius treballar en l'àmbit de la sanitat, a través de la millora de les polítiques educatives i sanitàries. És a dir, donaria peu, a poder crear polítiques que permetessin tenir un paper més actiu a l'infant i a pròpia família. Els agents en aquest context, i concretament en el procés d'hospitalització, tindrien un cert poder decisiu i participatiu en la presa de decisions. Mecanismes com ho són els consells d'infants hospitalaris, consell de joves hospitalitzats, les associacions sense ànim de lucre en relació a alguna malaltia concreta, etc.

• **3.2. Suport i Acompanyament Familiar.**

Aquesta línia, esdevindria després de treballar de forma multidisciplinària amb altres professionals d'altres unitats hospitalàries com ho poden ser els treballadors socials. Permetria així, donar resposta i suport continuu al nucli familiar de l'infant de diverses maneres. En el cas dels pedagogs, donar suport i fer l'acompanyament de tot el procés emocional que es produeix amb l'hospitalització. En el cas, dels altres professionals, donar suport tècnic i/o social amb ajudes econòmiques o socials.

D'aquesta manera, a part de la intervenció pedagògica pròpiament dita, que es desenvoluparia amb la família, podríem assegurar per dir-ho d'alguna manera: "l'equilibri i no el trencament, de l'estructura familiar", durant tot el procés d'hospitalització.

- **3.3. Adaptació de la Informació i dels Recursos per a la millor Comunicació.**

Aquesta línia, pretén crear un equip multidisciplinari de professionals, amb l'objectiu d'aconseguir la millor adaptació de la Informació i dels Recursos. Per aconseguir-ho, cal tenir presents en l'equip, almenys, un professional de cada àmbit: clínic, social i educatiu.



És a dir. El que es vol és buscar, trobar i dissenyar la millor manera que, la informació i els recursos respecte a l'hospitalització primer, i després de totes les seves respectives branques: proves mèdiques, intervencions quirúrgiques, cures, etc. siguin el més entenedores i funcionals possible. Com es pot observar a la imatge, això és disseny i l'adaptació d'un recurs educatiu, força manipulable, per explicar a un infant -aproximadament de 3-9 anys-, quin és el procediment habitual en un TAC (Tomografia Axial Computarizada). Un procediment, cada cop més habitual en intervencions quirúrgiques, i que sovint desperta molta por i malestar en els infants.

- **3.4. Moviments i Teixit Associatiu i/o Col·laboratiu**

Aquesta última línia d'aquest tercer bloc i vers la proposta d'intervenció pedagògica, es dibuixa com la xarxa social que es conforma amb el temps a través de la interacció de totes les persones implicades. És a dir, pretén teixir una xarxa que englobi els moviments associatius així com els moviments col·laboratius entre el sistema sanitari, concretament l'hospital i la societat civil.

D'aquesta manera, es podria donar resposta als problemes econòmics per aconseguir millores en alguns serveis o poder desenvolupar-ne d'altres. Seria un mecanisme d'autofinançament a dues bandes. La societat podria contribuir amb l'hospital de tal manera, que entre els dos es poguessin aconseguir objectius i beneficis comuns, o bé, fer-ho de forma altruista i sense ànim de lucre.

Alguns exemples podrien ser, l'organització de festes solidàries o campanyes publicitàries, per tal d'aconseguir diners i pressupost per a la construcció de noves àrees, nous projectes, noves investigacions, etc. O bé, col·laboracions com les dels "Netejadors súper herois". Treballadors d'una empresa de neteja, que accedeixen a disfressar-se per netejar les finestres de l'hospital. D'aquesta manera contribueixen a generar benestar, alegria i il·lusió als infants hospitalitzats.



9. EL PAPER DEL PEDAGOG I L'ANÀLISI CRÍTICA DELS CONTINGUTS TRANSMESOS DURANT EL GRAU

En aquest apartat, s'intentarà exposar de forma resumida i concloent el que s'ha intentat transmetre al llarg d'aquest treball. Tant, d'una forma directa com indirectament.

El paper del pedagog, és la principal necessitat que té aquest àmbit sanitari en referència a la infància. El nostre paper és el de dur a terme i fer realitat aquestes línies generals que s'han redactat en l'apartat anterior. Nosaltres, som els encarregats de dur a terme les intervencions pedagògiques en els centres hospitalaris en general, i en concret i específicament necessari en els serveis de pediatria d'aquests.

Fernández-Castillo i López Naranjo (en premsa a), destaquen una pràctica molt habitual per part dels adults. Quan tenim un infant malalt i que per tant, els adults procedim a dur-lo al Servei d'Urgències. O bé, ha d'hospitalitzar per a una intervenció quirúrgica i l'ingressem, intentem sobreprotegir-lo. Com ho fem? Doncs li "amaguem" o li "ocultem" informació, el "mentim" dient que no és res, etc. Busquem la manera de protegir-lo de quelcom que sabem que li pot generar dolor, neguit o por. Hi ha autors que asseguren que això és una pràctica "orgànica", en quan és un instint "biològic". Ara bé, no per ser així, significa que la pràctica correcta en aquestes situacions, hagi de ser així.

Hi ha autors com Campo, Molinillo i Escallón (1997), que estipulen tres tipologies, en relació a les reaccions produïdes per les persones, quan estan o sabem que poden estar malaltes. Personalment crec que els infants es caracteritzen sobretot en la primera d'elles. Aquesta reacció es defineix com la sensació d'amenaça davant d'una patologia sospitosa o diagnosticada a més de l'accés a un context/espai desconegut (l'hospital). Aquesta sensació, és majoritàriament dominada per les emocions de por i ansietat. Els pedagogs, hem de treballar primer de tot, en aquesta línia anterior. Ja que, quan es produeix el fet d'una hospitalització l'infant pateix un seguit de successos. La pèrdua de l'ambient familiar i escolar, la pèrdua d'intimitat i privacitat, la modificació de rols habituals, etc. Tots ells, són els que posen en perill moltes estructures dins del seu món (Rodríguez Marín, 1986).

Així doncs, podríem dir que som aquells professionals destinats a evitar que els infants que estan hospitalitzats per malaltia i/o intervenció quirúrgica, pateixin alteracions de tipus: cognitives, emocionals i/o conductuals. Ja que, els professionals encarregats de protegir les possibles alteracions físiques són els professionals sanitaris. Per arribar a aquesta conclusió, podeu accedir a l'Annex 8 d'aquest treball. Allà s'hi pot trobar una taula resum, que estableix les primeres línies a tenir en compte per a la intervenció pedagògica i que per tant, justifiquen la nostra actuació.

Arribat en aquest punt, i intentant donar resposta al "*paper del pedagog*". M'agradaria donar força i èmfasis en aquest últim aspecte: les alteracions que l'infant pot patir a partir de la vivència de l'hospitalització. Sincerament crec, que la nostra feina -les nostres intervencions, accions, dissenys, projectes, etc.-, com a professionals, han d'anar dirigits en aquesta línia. Cal fer, com ja he dit anteriorment amb un model d'actuació centrat en la família, i a través d'unes línies generals bàsiques. Bé, de fet, a través de tot el que he intentat treballar i exposar en aquest treball. Però m'agradaria anar més enllà.

Perquè hem de ser nosaltres, els encarregats d'aquesta prevenció: psicològica i educativa? Doncs perquè realment tenim la teoria i la tècnica, però sobretot tenim la pràctica en altres àmbits de la societat. Perquè no podem fer-ho en aquest àmbit? Sí realment som necessaris i és de vital importància intervenir, perquè hi ha una necessitat tangible i que ens implica i ens afecta a tots? Jo no hi veig cap motiu per no fer-ho.

Estar malalt, i en conseqüència partir una hospitalització; per un infant és un esdeveniment vital tan específic i complex, que necessita sí o sí, un acompanyament. La majoria de cops, aquest tipus d'esdeveniment només s'experimenta un cop o dos durant tota l'etapa -anant bé-. Això fa, que esdevingui un fet exclusiu, i més, quan és un esdeveniment que té moltes connotacions negatives. I els nens aquestes coses les saben. Són nens, però no tontos. Des de ben petits quan veuen una bata blanca, ploren, criden i s'esgarrifen. I no és -que també-, que els adults li hàgim dit o transmès, sinó que el cervell (l'amígdala) té memòria (Valdés, Rodríguez i Blanco, 1996).

Sabem que el sistema social hospitalari presenta elements objectius suficients perquè, en un pacient vulnerable -com són les persones en edat pediàtrica-, es produeixi algunes reaccions. En primer lloc, aquesta percepció de falta de control i incertesa respecte al que succeeix (i pot succeir). I en segon lloc, i a partir d'aquí, que es desenvolupin sentiments d'indefensió que agreugin el seu estat emocional (Blanco et al, 2001).

Per tant, i si seguim com fins ara, és a dir, sense fer-hi res al respecte. Proposo no estranyar-nos de perquè els nens i nenes ploren en entrar per la porta del seu pediatre. També proposo no cridar-los, quan es queixen cinquanta mil vegades que tenen mal de panxa, i quan encara no s'han posat a vomitar; perquè ens posen nerviosos, perquè fa només cinc minuts que li hem donat el medicament corresponent. I ja per últim, tampoc preguntar-nos, perquè cal explicar als nens quina malaltia tenen. No té sentit explicar-li a un nen perquè i com és que té una escoliosi, i molt menys perquè és necessari operar-lo i de quina manera. En fi, que si hem de seguir sent membres d'aquesta societat, i després treballant com a professionals, al marge de la salut dels nostres infants... És millor no fer res de tot això.

Ara bé, si som capaços d'entendre que el desenvolupament integral i l'aprenentatge al llarg de la vida, és un procés que té en compte tots els aspectes de la nostra vida. No té perdó, no fer-ho. En l'actualitat i amb els temps que corren, tenim claríssim com a pedagogs, que cal formar als nostres infants en valors i competències. Si volem a les aules educació emocional, encara no ho entenc, com no la volem i l'exigim en els hospitals. No té sentit. Si som els encarregats de dissenyar, planificar i intervenir perquè els nostres infants puguin tenir els mecanismes i els recursos suficients, per poder desenvolupar-se i resoldre conflictes -socials, emocionals, cognitius, tant és-, en el futur. Com no l'hauríem de fer-ho, en contextos que sense aquests, la salut i la vida de l'infant córrer realment perill?

En definitiva, des de la meua petita petja com a futur professional, vull posar en manifest el desig de poder seguir treballant en aquest àmbit. Ja que, és de justícia vetlla pel infants hospitalitzats. Perquè, les situacions difícils, complicades i on perilla a la vida, necessitem persones valentes -de cos i ment-. Infants segurs i capaços de lluitar pel que realment val la pena: la vida i la felicitat. No vull mirar aquesta realitat i veure que, per culpa d'aquesta absència estem creant conflictes de tipus cognitiu, emocional i conductual en els nostres infants.

10. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Aguire, R. (2010, juny). *Cerebro y Emociones: Antonio Damasio*. [vídeo]. Recuperat juny 8, 2014, des de <http://www.youtube.com/watch?v=nTxghoCs074>
- Alvívar Sornoza, J.M. (2011). *Protocolo de Intervención Psicológica para niñas/os de entre 0 y 6 años, en el área de hospitalización de urgencias pediátricas del Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Politécnica Salesiana, Sede Quito. Recuperat 22 Març 2014 des de <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/2362/1/s%20de%20entre%200%20a%20%206%20anos,%20en%20el%20area%20de%20hospitalizacion%20de%20urg.pdf>
- Bisquerra, R. (Coord.); Punset, E., Mora, F., García Navarro, E., López-Cassà, È., Pérez-González, J.C., Lantieri, L., Nambiar, M., Aguilera, P., Segovia, N., Planells, O. (2012). *Com educar les emocions? La intel·ligència emocional en la infància i l'adolescència*. Esplugues de Llobregat (Barcelona): Hospital Sant Joan de Déu.
- Blanco, J.M., Cano-Vindel, A., Camuñas, N., Miguel-Tobal, J.J., Salayero, M.T., Pérez Nieto, M.A. (2001). La ansiedad, la ira y el estrés asistencial en el ámbito hospitalario: Un estudio sobre sus relaciones y la eficacia del tratamiento. *Ansiedad y estrés*, 7, 247-257.
- Campo, J., Molinillo, P., Escallón, A. (1997). Trastorno de adaptación en niños hospitalizados. *Revista de pediatría*, 32, 523-535.
- Cárdenas Rodríguez, R., López Noguero, F. (2006). Hacia la construcción de un modelo social de la Pedagogía Hospitalaria. *Pedagogía Social. Revista interuniversitaria*, 12-13, 59-70.
- Carta Europea dels Drets dels Infants Hospitalitzats de 14 Abril. Diari oficial de les Comunitats Europees. núm. C 148/37 i 148/38. (1986).
- Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC). (2013). *Cercador de dispositius*. Recuperat 18 Abril 2014, des de http://www.consorci.org/associats/cercador/cercador_dispositius_html?regio=Girona&b_start:int=0

- CTAC Centre de Teràpies Assistides amb Cans i Hospital Sant Joan de Déu (2014). *Ànimalnen*. Recuperat 8 Juny 2014, des de <http://www.ctac.cat/CTAC/ctaclocalizacionanimalnen.html>
- Damasio, A. (2006). *El error de descartes: La emoción, la razón y el cerebro humano*. Madrid: Crítica.
- Delgado, O. (2004). Estado actual de la Teoría del Apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4 (1), 65-81.
- Executive Excellence. (2011). Personajes con talento: Antonio Damasio. *Executive Excellence*, 85. Recuperat 2 Juny 2014 a http://www.eexcellence.es/index.php?option=com_content&view=article&id=857:executive-excellence-&catid=38:mano-a-mano&Itemid=55
- Fernández-Castillo, A., López Naranjo, I. (en premsa a). Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. *International Journal of Clinical Health Psychology*.
- Ferre, M. (2008). *CI Operacions Administratives i Documentació Sanitària*. Recuperat 20 de Març 2014, des de <http://blocs.xtec.cat/mireiafarre/files/2008/11/ud2apunts.pdf>
- Generalitat de Catalunya (2012). *Coneix la RS Girona*. Recuperat 30 de Març 2014, des de <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.6c4bc79d438cb6ec3bfd8a10b0c0e1a0/?vgnextoid=085ae11d9316b310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextchannel=085ae11d9316b310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default>
- Generalitat de Catalunya. (2014). *Model Sanitari Català: Un model d'excel·lència*. Recuperat 24 Maig 2014, des de <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.6c3dfd4e94f84afbe23ffed3b0c0e1a0/?vgnextoid=536c9ef5f40cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextchannel=536c9ef5f40cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default>
- Generalitat de Catalunya. (2014). *XHUP - Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública - Departament de Salut*. Recuperat 24 Maig 2014, des de <http://www14.gencat.cat/sacgencat/AppJava/organigrama.jsp?codi=2803&jq=200040>

- Grau, C., Ortiz, M.C. (2001). *La pedagogía hospitalaria en el marco de una educación inclusiva*. Archidona: Alijibe.
- Grupo Punset Producciones. (2006, juliol). *La educación emocional* [vídeo]. Recuperat juny 8, 2014, des de <http://www.youtube.com/watch?v=pRC3NZIpyxQ>
- Grupo Punset Producciones. (2006, juliol). *La importancia de la competencia emocional* [vídeo]. Recuperat juny 8, 2014, des de <http://www.youtube.com/watch?v=Nen2OxDefZA>
- Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. (2014). *Hospital Amic*. Recuperat 30 Maig 2014, des de <http://www.hsjdbcn.org/portal/ca/web/hospital-amic>
- Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta (2014). *Inici*. Recuperat 13 Maig 2014, des de <http://icsgirona.cat/ca/hospitaltrueta>
- Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. (2013). *Qui som? Presentació de l'hospital*. Recuperat 16 Març 2014, des de http://www6.gencat.net/ics/trueta/scripts/anar.asp?pag=info/quisom_01.html
- ICSCAT. (2013, Gener). *Acollida als pacients de l'Hospital Josep Trueta de Girona*. [vídeo]. Recuperat Maig, 2014, des de http://www.youtube.com/watch?v=cwuR_7ppO08
- ICSCAT. Icsgirona. (2014). *Què cal saber si m'han d'operar?*. Recuperat 13 Maig 2014, des de <http://icsgirona.cat/ca/contingut/hospital/116>
- IDESCAT. (2013). *Estructura de Població 2008 - 2012. Per grups d'edat*. Recuperat 29 Maig 2014, des de <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=285>
- IDESCAT. (2013). *Població. 1991, 2001 i 2012 Per grans grups d'edat. Comarques, àmbits i províncies*. Recuperat 29 Maig 2014, des de <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=254>
- IDESCAT. (2013). *Població. Per sexe i grups d'edat*. Recuperat 29 Maig 2014, des de <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=253>
- IDESCAT. (2013). *Taxa de mortalitat. 1975 - 2011. Per sexe i grups d'edat*. Recuperat 29 Maig 2014, des de <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=292>
- IDESCAT. (2014). *Població. 1900 - 2014 Províncies*. Recuperat 29 Maig 2014, des de <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=245>
- López Naranjo, I. (2011). *Alteraciones Emocionales en la Hospitalización Infantil: Análisis Psicoevolutivo*. Tesis doctoral no publicada, Universitat de

- Granada, Granada. Recuperat 7 Abril 2014, des de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/20996/1/20314528.pdf>
- López Sánchez, F. (1995). *Prólogo*. Dins M.P. Palomo del Blanco. *El niño hospitalizado: Características, evaluación y tratamiento*. Madrid. Ediciones Pirámide.
 - Moya Guirao. (2013). *El Hospitalismo y René Spitz*. Recuperat 22 Març 2014, des de <http://psicoterapeutas.eu/el-hospitalismo-y-rene-spitz/>
 - Ortigosa, J.M., Méndez, F.X., Quiles, M.J. (1999). Preparación psicológica a la hospitalización quirúrgica pediátrica en España. *Acta Pediátrica Española*, 57, 15-20.
 - Palomo del Blanco, M.P. (1995). *El niño hospitalizado: Características, evaluación y tratamiento*. Madrid. Ediciones Pirámide.
 - Pérez Serrano, G. (1994). Modelos o Paradigmas de Análisis de la realidad: Implicaciones metodológicas. Dins Pérez Serrano, G. *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes: Métodos I*. (p. 1 - 48). Madrid: Editorial La Muralla.
 - Pérez Serrano, G. (2004). *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes: Volumen 2*. Madrid: Editorial La Muralla.
 - Polaino-Lorente, A., Lizasoain, O. (1992). La Pedagogía Hospitalaria en Europa: La historia reciente de un movimiento pedagógico innovador. *Psicothema*, 4 (1), 49-67.
 - Psicología Educativa. (2007). *Educación Emocional*. Recuperat 8 Juny 2014, des de <http://psicoeducativa.wordpress.com/2007/10/06/educacion-emocional/>
 - Reichert, E. (2011). *Infancia, la edad sagrada: Años sensibles en que nacen las virtudes y los vicios humanos*. (2a ed.). Barcelona. Ediciones La Llave.
 - Rodríguez-Marín, J. (1986). El impacto psicológico de la hospitalización. *Análisis y Modificación de conducta*, 33, 421-440.
 - Sanchis Cordellat, F. (2008). *Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes*. Tesis doctoral no publicada, Universitat Ramon Llull, Barcelona. Recuperat 22 Març 2014, des de <http://www.tdx.cat/handle/10803/9262>
 - Servei Català de la Salut. CatSalut. (2013). *Guia de Centres*. Recuperat 18 Abril 2014, des de <https://salut.gencat.cat/pls/catsalut/cawpk500.inici>
 - Servei Català de la Salut. CatSalut. (2013). *Regió Sanitària Girona*. Recuperat 18 Abril 2014, des de

<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.003a2436be9bc6ec3bfd8a10b0c0e1a0/?vgnextoid=fd16fb218064a310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=fd16fb218064a310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

- Spitz, R.A. (2001). *No y si: Sobre la génesis de la comunicación humana*. Barcelona. Ediciones Paidós Iberica.
- The Child Study Center. (24 Març 2014). Seis consejos clave para conversar con tu hijo sobre situaciones difíciles o traumáticas. *FAROS. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona*. Recuperat 31 Maig a <http://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/seis-consejos-clave-conversar-tu-hijo-sobre-situaciones-dificiles-traumaticas>
- Ullán, A.M., Belver, M.H. (2006). Gestión de espacios infantiles hospitalarios. *SEDISA (Sociedad Española de Directivos de la Salud)*, 2, 24-31.
- Urizar Uribe, M. (2012) El Vínculo Afectivo y sus Trastornos. *CSMIJ Galdakao. Bilbao*, 1, 1-15.
- Valdés, M., Rodríguez, J.M., Blanco, A. (1996). Evaluación en acontecimientos vitales: análisis temático. *Psiquis*, 17, 231-237.
- Watson-Gegeo, K.A., (1988). *Ethnography in ESL: Defining the essential*. *Tesol: Quaterly*. 22 (4), 575-592.

11. RESUM

Paraules Claus:

Pedagogia Hospitalària, Estudi de Cas, Avaluació de necessitats, Intervenció Pedagògica, Educació emocional.

Resum:

"Ens anirà millor amb pedagogia: L'educació emocional a l'hospital"

Aquest és el nom del meu treball final del Grau. En ell, pretenc aproximar-me a la sovint oblidada, pedagogia hospitalària. En el seu marc teòric es pot trobar, un recorregut intens per l'atenció hospitalària, l'infant hospitalitzat, la pedagogia hospitalària i l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. La metodologia que s'ha utilitzat és qualitativa i de caràcter avaluatiu. El motiu principal, era intentar comprendre una realitat i detectar unes necessitats concretes, en relació a l'atenció pediàtrica de l'Hospital Josep Trueta. Per tal d'aconseguir-ho, s'ha realitzat un estudi de cas, a través d'una entrevista en profunditat. Aquesta, s'ha realitzat a un professional representatiu, actiu i amb més de 30 anys d'experiència en el servei. El cos d'aquest treball, rau després d'haver detectat entre d'altres, les necessitats en relació a l'atenció i intervenció de tipus psicopedagògics d'aquests infants. Arribats a aquest punt, s'han redactat unes línies generals vers una proposta d'intervenció pedagògica, que posen els seus fonaments en l'educació emocional i sempre des d'un model centrat en la família.

Mar San Martín Boix

13 de Juny 2014