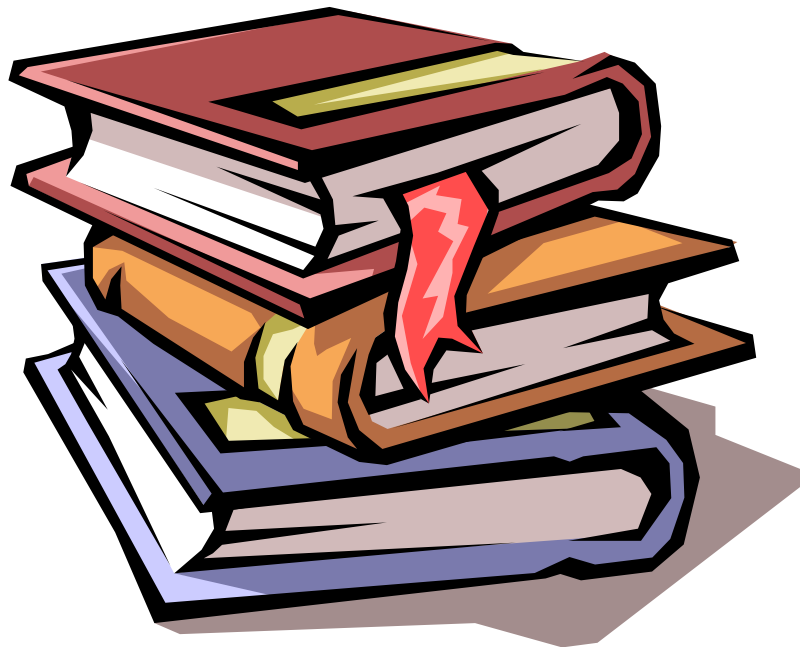


© Rosa Sansa Foixench

Reservats tots els drets. Està prohibida la reproducció total o parcial d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment, compresos la impressió, la reprografia, el microfilm, el tractament informàtic o qualsevol altre sistema, així com la distribució d'exemplars mitjançant lloguer i préstec, sense l'autorització escrita de l'autor o dels límits que autoritzi la Llei de Propietat Intel·lectual.

MEMÒRIA FINAL

PRACTICUM I



Alumna: Rosa Sansa Foixench

Tutor extern: Antonio Alcántara Tadeo

Consultora: Tania Estapé Medinabeitia

Lloc: Centre de Salut Mental d'Adults del Segrià (CSMA)

INDEX

1. Introducció	pag. 3
2. Descripció del centre:	
2.1. Característiques principals.....	pag.3
2.2. Història.....	pag.4
2.3. Òrgans de funcionament.....	pag.4
2.4. Trets bàsics de la pràctica al centre.....	pag.5
3. Descripció de l'activitat realitzada:	
3.1. Raons de l'elecció i pertinença.....	pag.7
3.2. Marc teòric.....	pag.8
3.3. Informació bàsica i materials.....	pag.12
3.4. Agents implicats.....	pag.15
3.5. Activitats, metodologia i procediments.....	pag.15
3.6. Temporització.....	pag.33
3.7. Objectius assolits.....	pag.34
4. Conclusions i prospectiva.....	pag.35
5. Referències bibliogràfiques.....	pag.35
6. Annex: Fotografies del centre.....	pag.48
7. Bibliografia.....	pag.51
8. Webgrafia.....	pag.51

1. Introducció

Durant els mesos de Març, Abril i Maig de 2005 he cursat el meu practicum I de Psicologia Clínica al Centre de Salut Mental d'Adults del Segrià (en endavant CSMA).

Durant aquests mesos he pogut aprendre a exercir el rol de psicòleg en situacions de treball reals així com adquirir i consolidar molts coneixements i habilitats, relacionant-se així, d'una forma molt directa, el meu món acadèmic amb el professional.

Així, doncs, a través de la col·laboració en aquest centre, he pogut posar en pràctica els meus coneixements teòrics adquirits al llarg de la llicenciatura en Psicologia així com he pogut veure quina és la metodologia emprada pel meu tutor extern com a psicòleg en el camp de la salut mental a nivell ambulatori i les eines per al treball conjunt amb equips multidisciplinars des de la perspectiva del psicòleg.

2. Descripció del centre

2.1. Característiques principals

El CSMA és un departament dependent de l'Hospital Santa Maria de Lleida, gestionat per l'empresa pública *Gestió de Serveis Sanitaris* (GSS) i situat a pocs metres d'aquest hospital.

L'Hospital Santa Maria es troba dins el campus de Ciències de la Salut de Lleida, on hi trobem també la facultat de medicina, la facultat d'infermeria, la biblioteca de ciències de la salut, el CAP de Santa Maria, el pavelló de psiquiatria i el CSMA.

L'Hospital de Santa Maria ofereix diferents serveis en Salut Mental:

- **Atenció hospitalària:** Indicada en aquelles situacions de crisi en psicopatologies greus. Dependent de les característiques i el pronòstic del quadre psicopatològic l'atenció hospitalària es divideix en:
 - Unitat d'aguts→ Té com a objectiu l'assistència sanitària integral dels episodis aguts, en règim d'internament. La intervenció terapèutica combina recursos psicofarmacològics i psicoterapèutics.
 - Unitat de subaguts→ Té com a objectiu l'atenció d'episodis aguts d'aquells individus amb trastorns mentals severos que necessiten d'una intervenció psicoterapèutica i rehabilitació continuada. És una unitat de mitjana i/o llarga estada.
 - Unitat d'hospitalització parcial (Hospital de dia)→ Centre on es realitzen abordatges terapèutics de caràcter multidimensional (psicofarmacològic, psicoterapèutic i rehabilitació), en règim d'hospitalització exclusivament diürna amb l'objectiu de la reinserció familiar, social i laboral de l'individu. Està dirigit a la rehabilitació psicosocial d'aquells individus amb trastorns mentals greus però amb cert grau d'autonomia i d'estabilitat, sense que presentin descompensacions agudes.

- **Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA):** Centre d'atenció ambulatoria especialitzada en psiquiatria i salut mental, dotat d'un equip multidisciplinari que desenvolupa un model d'atenció integral i on he cursat el meu Practicum I.

El CSMA consta de:

- ✓ **La recepció:** El recepcionista rep als usuaris i atèn les consultes de tipus administratiu que aquests puguin fer i on els usuaris es programen per a les posteriors visites al centre.
- ✓ **Despatxos clínics:** El centre consta de 14 despatxos, on psiquiatres i psicòlegs desenvolupen la seva tasca diària al centre. En el despatx 4 és on bàsicament he desenvolupat la meua tasca de practicum, junt amb el psicòleg Antonio Alcántara, el meu tutor extern.
- ✓ **Sala de terapia grupal:** Dependència per a la psicoteràpia en grup.

2.2. Història

El Centre de Salut Mental d'Adults del Segrià (CSMA), començà a donar el seu servei a l'any 1994. Atèn a la població major de 18 anys de la comarca del Segrià i d'alguns pobles d'Aragó, llindants a Lleida. La població major de 18 anys és de 130.000 habitants, aproximadament.

2.3. Òrgans de funcionament

Al CSMA, els pacients que acudeixen a la consulta dels psicòlegs ho fan perquè prèviament han estat visitats per un dels psiquiatres del centre, els quals han vist oportú el seu tractament amb psicoteràpia.

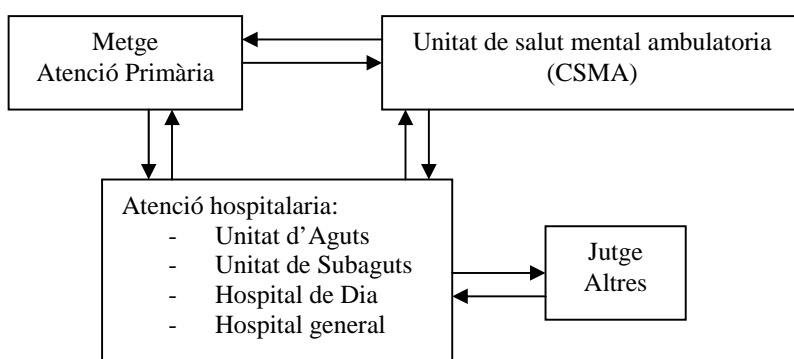
Així mateix, els pacients que reben els psiquiatres del centre són pacients derivats pel seu metge de capçalera o que són derivats al CSMA després d'acudir a urgències per un problema de salut mental.

Al CSMA el psicòleg disposa de 40 minuts per cada visita i les visites poden ser ordinàries (els pacients tornen segons programació, és a dir, quan l'ordinador dona el proper dia i hora lliures, aproximadament a 1,5-2 mesos vista) o preferents (si el psicòleg considera que algun pacient s'ha de veure de forma més prioritària donat seu cas).

En psiquiatria hi ha també visites de caràcter urgent, però en psicologia no.

Al centre hi treballen varis psicòlegs i psiquiatres, una assistent social, una infermera i l'equip administratiu, coordinats tots ells pel cap del CSMA, que és un psicòleg i psiquiatra (Dr. Pifarré).

Esquema del circuit:



2.4. Trets bàsics de la pràctica al centre

En la pràctica al centre, bàsicament, jo he adoptat el paper d'observadora en la consulta, asseguda sempre en una cadira un pèl més enretirada que el psicòleg, sense participar de manera directa en les sessions amb els pacients, però escoltant i estant atenta a tots els comentaris del psicòleg i del pacient, així com al llenguatge no verbal, vestimenta, moviments, postura, mirada, etc. d'aquest últim així com la forma i contingut dels diàlegs psicòleg-pacient. D'aquest mode, he pogut aplicar i iniciar de forma pràctica l'escolta activa i l'actitud empàtica amb els pacients.

En cada consulta, prèviament he llegit i/o fullejat la història clínica del pacient al qual s'atèn i hem comentat posteriorment amb el Dr. Alcantara les impressions o punts més importants de cada sessió clínica, familiaritzant-me d'aquest mode amb les històries clíniques del centre així com amb el rol del psicòleg en un centre de salut mental.

L'assistència a aquestes entrevistes clíniques m'ha permès veure l'intervenció psicoterapèutica del psicòleg en casos molts variats: dols, trastorns esquizofrènics i altres trastorns psicòtics, trastorns delirants, trastorns adaptatius, trastorns de personalitat, trastorns de l'estat d'ànim, trastorns d'ansietat, trastorns somatomorfs, etc. així com aprendre com porta a terme el psicòleg una primera visita en el centre, a realitzar informes psicològics (ja que molts pacients demanen informes al psiquiatra i al psicòleg que els porten el cas, perquè així els hi demana als pacients el CRAM (comité d'avaluació mèdica) a fi de decidir si se li dona al pacient una invalidesa o no, o bé perquè així els hi demanen els organismes jurídics implicats en el cas) així com conèixer més a fons la principal medicació en psiquiatria i familiaritzar-me amb els seus noms comercials i les seves indicacions (encara que alguns fàrmacs ja els coneixia d'avançat perquè els administro diàriament en la meua tasca d'infermera), com per exemple: l'anafranil, lantanon, zyprexa, dobupal retard, zeldox, etc.

Bàsicament, els pacients atesos al CSMA precisen tractament amb antipsicòtics, antidepressius, tranquil·litzants i/o neuroleptics. D'aquesta manera i llegint el curs clínic de cada pacient i consultant el seu tractament actual he anat coneixent més a fons els fàrmacs prescrits pel psiquiatra, fet que també ens orienta cap als possibles problemes que aquests pacients presenten.

Tot i que en el centre no he pogut realitzar “en viu” el seguiment de cap pacient (ja que com he comentat anteriorment les visites tenen una programació de 1’5-2 mesos i degut a aquest gran espai de temps no coincideixo mai amb els mateixos pacients), sí que amb el meu tutor extern hem anat comentant una mica el cas de cada pacient abans i després de cada visita. A més, entre visita i visita tenim un espai molt breu de temps i sovint aquest espai temporal és fins i tot nul, per la qual cosa he anat aprofitant el temps disponible que teniem amb el psicòleg quan algun pacient programat no acudia a consulta per revisar històries clíniques i veure el seguiment de forma més detallada i completa d’algun pacient.

També he pogut assistir i veure l’evolució d’un grup de teràpia, en concret un grup de teràpia en trastorns adaptatius, que explicaré amb més detall en paràgrafs posteriors, així com la meua pràctica al centre també ha inclòs visites diàries (de 10:30 a 12:30 hores) a la Unitat Socio-Sanitària (en endavant USS) de l’Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV) de Lleida, on he pogut veure i aprendre de la psicoteràpia als pacients allí ingressats i/o als seus familiars.

La USS està a la cinquena planta de l’HUAV i és una planta que té concertada l’Hospital Santa Maria de Lleida, centre on jo curso el practicum. Així doncs, és un psicòleg del Centre de Salut Mental d’Adults (CSM-A) de l’Hospital Santa Maria (el meu tutor extern) el que porta el seguiment psicològic d’aquests pacients.

Aquesta unitat consta de 30 llits, on hi ha ingressats pacients de tres tipus: pal·liatius, convalescents i aguts:

- Els pacients pal·liatius o terminals són persones amb malalties irreversibles avançades i/o estadis terminals.
Les cures pal·liatives es defineixen com les cures completes, actives i contínues dirigides a tendre les necessitats físiques, psíquiques, socials i espirituals d’aquests malalts i les seves famílies, i constitueixen tot un procés assistencial adequat per a la majoria dels casos de malaltia avançada i terminal. Els pilars fonamentals en què es basa la medicina pal·liativa són el control de símptomes, la comunicació, el suport emocional i l’equip interdisciplinar.
Les cures pal·liatives asseguren la vida, però accepten la mort com algo inevitable, no acceleren ni retrassen la mort, proporcionen alleujament del dolor i altres símptomes, integren aspectes psicològics, socials i espirituals en les cures del malalt, ofereixen un sistema d’ajuda als pacients a viure tan activament com sigui possible i ofereixen un sistema de suport a la família i cuidadors per a afrontar el final de la malaltia i el dol.
- Els pacients convalescents són persones amb malalties postagudes que precisen de cures continuades, seguiment clínic i/o rehabilitació o readaptació. Per exemple, pacients que han patit un accident cerebrovascular (AVC o embòlia).
- Els pacients aguts són persones amb processos aguts, reaguditzacions o necessitat de control o supervisió de tractaments o quadres clínics. La seva estància és temporal. Per exemple, pacients amb pneumònia, angina de pit, etc.

Els tractaments curatius i els pal·liatius no són excloents i no es passa dels uns als altres en un moment concret, sinò que gradualment, segons avança la malaltia i el pacient deixa de respondre als tractaments curatius, es van proporcionant les mesures pal·liatives, l'objectiu principal de les quals serà l'alleujament del sofriment, contribuir a proporcionar confort i millorar en lo possible la qualitat de vida fins assolir una mort digna.

En la nostra tasca diària, quan arribem a la unitat parlem amb les infermeres, auxiliars de clínica i, especialment, amb els dos metges geriatres de la unitat per saber quins casos precisen més la nostra intervenció i si hi ha algun problema urgent que s'hagi de tractar aquell mateix dia. També se'ns facilita un llistat dels pacients actuals de la unitat, a fi de saber si hi ha hagut nous ingressos, defuncions, etc. i es comenta l'estat d'alguns pacients. El psicòleg, a la USS, també escriu al curs clínic de cada pacient (a les planxetes típiques hospitalàries) al què ha entrevistat, perquè tothom pugui saber, si és precís, si aquell dia el psicòleg ha vist o no a determinat pacient i/o a la seva família. Així, es poden anticipar dols patològics, veure la implicació de la família en el procés d'acompanyament a la mort, parlar si els preocupa alguna cosa concreta als pacients i/o als seus familiars, etc.

M'ha agradat moltíssim aquesta experiència, ja que com a infermera (ja vaig realitzar fa uns anys un postgrau específic en Cures Pal·liatives perquè m'apassionava el tema) i futura psicòloga, crec que és una tasca assistencial molt gratificant donar el nostre suport a aquestes persones que ja estan en una situació estressant només pel fet d'estar ingressades en un hospital i on la nostra ajuda considero que és de vital importància per al suport psicològic i major benestar emocional possible d'aquestes persones angoixades per la situació que viuen (ells mateixos i els familiars que els acompanyen).

Un altre tret bàsic de la pràctica al centre és el secret professional. En l'àmbit sanitari, s'entén per *secret professional* el deure que tenim els membre d'un equip assistencial de salvaguardar les confidències que rebem dels pacients en el transcurs de la seva atenció sanitària, i que, per aquest motiu, com a confidents necessaris, podem legítimament conèixer. El dret del pacient al secret professional en l'àmbit sanitari ve recollit en tots els codis deontològics de medicina, enfermeria, farmàcia i psicologia, pel que, també com a estudiants, tenim l'obligació de salvaguardar la confidencialitat dels pacients

3. Descripció de l'activitat realitzada

3.1. Raons de l'elecció i pertinença

Vaig elegir el CSMA com a centre per a cursar el meu practicum I donada la diversitat i riquesa de casos i/o psicopatologies que aquest centre atèn de forma ambulatoria, fet que em facilita la familiarització amb els diferents trastorns psicopatològics (tipus, simptomatologia, diagnòstic diferencial, tractament, intervenció psicoterapèutica, etc.) que he estudiat al llarg de la carrera, per comprendre'ls millor i arribar a detectar-los quan aquests ens arribin a consulta.

3.2. Marc teòric

Protocol d'indicació de psicoteràpia al Servei de Salut Mental i Drogodependències de l'Hospital Santa Maria de Lleida:

Introducció:

La psicoteràpia consisteix en l'aplicació metòdica de tècniques i procediments psicològics en el tractament dels problemes de conducta, de trastorns mentals o de patiment humà.

La psicoteràpia, així entesa, ha de complir les següents característiques:

1. Estar basada en una teoria científica de la personalitat i els seus trastorns.
2. Estar fonamentada en una teoria científica o tecnològica de modificació d'aquests trastorns.
3. Tenir alguna forma d'avaluar empíricament els seus efectes mitjançant mètodes científics.
4. Actuar sobre els trastorns del comportament o el patiment humà.
5. La seva pràctica l'han de realitzar persones formades i competents en aquets teoria i tècniques.

Actualment , no existeixen estudis comparatius que defineixin unes psicoteràpies d'elecció per a determinats quadres i determinades addiccions, malgrat la tendència futura és poder generar un catàleg amb les millors opcions per a cada patologia i addicció.

Indicacions generals:

1. Quadres clínics que se sap responen a intervencions psicoterapèutiques, és a dir, la major part dels trastorns psiquiàtrics que estiguin presents davant una situació de consum de drogues.
2. Quan el pacient consulta per un problema que és modificable per la psicoteràpia i que la seva millora repercutirà de manera favorable en l'evolució del trastorn subjacent, si és que existeix, o quan d'ella derivaria una millora de la qualitat de vida.
3. Quan el pacient presenta un conflicte amb ell mateix, en la seva relació amb persones significatives del seu entorn, o un conflicte relacionat amb diversos esdeveniments de la seva vida quotidiana sobre els quals serà possible intervenir.
4. En la psicoeducació de la família i del pacient respecte a la consciència d'addicció, de malaltia i a les característiques de la mateixa.

Contraindicacions:

1. Diagnòstic clar i evident de presentar la fase aguda d'una intoxicació per qualsevol substància addictiva.
2. Diagnòstic clar i evident de presentar la fase aguda d'un trastorn psicòtic delirant, afectiu major o psicosi orgànica.
3. Quan la intensitat dels símptomes o la gravetat de la malaltia se sap que responen millor a psicofàrmacs.

4. Quan per motius d'edat i etapa del cicle vital del pacient o per la impossibilitat d'accedir al lloc de la prestació de la psicoteràpia o per motius culturals resulta desaconsellable aquest tipus d'intervenció.
5. Quan el psicoterapeuta sent que no té la formació adequada per a desenvolupar aquest tipus d'intervenció.
6. Quan la relació establerta entre el pacient i el psicoterapeuta s'ha fet immanejable per aquest darrer.
7. Tendències manipulatives molt establertes i complexes basades en trastorns psicològics greus.
8. Quan, com a terapeuta, se sent que no es comprén (intel·lectualment i afectivament) al consultant, o quan el terapeuta se sent lluny del pacient.
9. Quan la comprensió del terapeuta i/o experiència dels propis conflictes personals no aconsellen aprofundir en els problemes del consultant.

Components de qualitat de la psicoteràpia oferta en el centre:

1. Accesibilitat: facilitat per a obtenir atenció quan es necessiti.
2. Adequació: psicoteràpia indicada segons el saber actual.
3. Continuïtat: en el temps i amb el mateix professional.
4. Efectivitat: eficàcia real.
5. Eficàcia: capacitat d'una psicoteràpia per a solucionar els problemes per als quals està indicada.
6. Eficiència: quocient entre recursos emprats i resultats obtinguts.
7. Seguretat: procediments lliures de perills potencials.
8. Oportunitat: grau en el qual l'atenció es proporciona quan es necessita.
9. Satisfacció: des de la perspectiva del consultant i els seus éssers propers.
10. Millora en la qualitat de vida: variació entre l'abans i el després.
11. Balanç autonomia-heteronomia: capacitat de decisió dels pacients i llurs famílies sobre el procés psicoterapèutic.
12. Confidencialitat: secret de la informació de les entrevistes.
13. Escolta empàtica: sintonia afectiva amb el pacient.
14. Neutralitat: objectivitat en el tractament.

Requisits dels psicoterapeutes:

1. Titulació de rang universitari (Psicologia i Medicina).
2. Un mínim de 600 hores de formació teòrica, tècnica i clínica en psicoteràpia.
3. Formació específica en drogodependències.
4. Un mínim de 2 anys de pràctica professional supervisada i iniciada després d'un any de formació teòrica.
5. Un mínim de 6 mesos d'activitats pràctiques en entorns públics o privats de salut mental i drogodependències, amb experiència directa de la clínica psicopatològica.
6. Formació específica en comorbiditat.

Psicoteràpies ofertes en el centre:

- Psicoteràpia d'orientació dinàmica, individual i de grup.

- Psicoteràpia cognitiu-conductual, individual i de grup.
- Psicoeducació: control d'hàbits, situacions de risc, prevenció de recaigudes, etc.
- Psicoteràpia sistèmica, d'orientació familiar.

Patologies a tractar:

- Trastorns afectius majors (teràpia cognitiu-conductual i dinàmica).
- Trastorns d'ansietat i TOC (teràpia cognitiu-conductual i dinàmica).
- Trastorns de la personalitat (teràpia cognitiu-conductual, de grup i dinàmica).
- Trastorns de control dels impulsos (teràpia individual i grupal cognitiu-conductual i grupal d'orientació dinàmica).
- Trastorns psicòtics (teràpia cognitiu-conductual i dinàmica).

Procediment:

- Amb posterioritat a la visita prèvia del metge o del psiquiatre i en la reunió setmanal de l'equip del centre, s'assignen els casos amb indicació de psicoteràpia segons el perfil formatiu del psicòleg/a.
- L'administratiu del centre cita al pacient per a la primera sessió amb el psicòleg/a, en els casos urgents amb la major brevetat possible.
- Posteriorment, i segons la situació clínica, el psicòleg/a programa les properes visites.
- Les sessions de psicoteràpia es realitzen als despatxos habilitats per al psicòleg/a del centre.
- Les sessions tenen una durada programada d'aproximadament 40 minuts.
- La periodicitat de les sessions de psicoteràpia individual depèn de l'evolució clínica. La durada mitjana de les psicoteràpies ofertes és d'aproximadament dos anys. Les sessions de grup tenen una periodicitat setmanal i una durada de dos anys (excepte casos concrets).
- L'alta serà consensuada amb el pacient, i si hi ha recaigudes pot tornar a contactar amb el centre.
- En la primera visita s'explica la patologia que presenta el pacient, la tècnica a aplicar, s'estableixen els canvis a obtenir i se sol·licita el compromís de canvi per part del pacient, d'assistència a les sessions i de compliment de les indicacions terapèutiques.
- En cas de no poder assistir a les sessions es deurà avisar per anul·lar la visita.

Motius d'alta sense consens amb el client:

- a) Incompliment terapèutic (no observar canvis).
- b) Absència de tres visites consecutives sense avisar, tant a nivell individual com grupal.

També, dins aquest apartat de marc teòric, val a dir que el meu tutor no té una orientació psicològica concreta sinó que més aviat adopta un model integrador en psicoteràpia, amb el qual m'he sentit molt identificada, adoptant de cada model teòric aquells punts forts que més li serveixen en la seva tasca diària i individualitzant-los a cada cas i/o psicopatologia concreta del pacient. El psicòleg s'adapta així a les necessitats individuals de cada pacient,

encara que en treballar amb els sentiments, emocions i comportaments dels pacients es pot dir que adopta un model més aviat cognitivo-conductual.

En la teràpia es podria dir que hi ha 3 objectius:

- Psicodiagnòstic: Conèixer i/o realitzar el diagnòstic del pacient.
- Tractament: Aplicar les tècniques d'intervenció i tractament psicològiques adequades.
- Psicoeducació: Fer que el pacient conegui el trastorn o problema psicològic que pateix. Així, per exemple, a consulta va acudir una pacient diagnosticada amb un trastorn distímic a la qual en l'anterior sessió el psicòleg li va facilitar unes fotocòpies explicatives sobre el seu trastorn i que en la visita en què jo vaig estar present aquell dia les va portar ja llegides, havent subratllat els símptomes que ella patia així com els paràgrafs del material amb els quals es va sentir més identificada i les vam comentar en la visita.

Pel que fa referència a la nostra tasca en la **Unitat Socio-Sanitària (USS)**, bàsicament el marc teòric o proposta en la que ens basem és la comunicació i suport emocional al malalt així com atenció a la família.

La situació terminal és una constant que es treballa diàriament en aquesta unitat, situació que causa gran impacte emocional en el pacient, la família i el mateix equip assistencial, impacte alhora molt relacionat amb la presència, explícita o no, de mort.

El malalt i la família són una unitat a tractar; l'equip multidisciplinar del qual formem part ha de cobrir les necessitats d'ambdós.

Per això, es necessari fer una valoració global inicial:

- ❑ Del pacient: símptomes físics i psicoemocionals.
- ❑ De la família: grau d'informació, actitud davant la malaltia, identificació del cuidador de referència sobre el que recau el major pes de les cures (cuidador principal) i que serà el nostre interlocutor més vàlid.
- ❑ De l'entorn: segons les necessitats descobertes s'establirà un pla de cures mèdiques, d'infermeria i de l'entorn (sobre el que s'instruirà al cuidador principal). Si es precisa intervenció de la treballadora social ens posarem en contacte amb dit professional.

Comunicació i suport emocional:

- ❑ L'equip sanitari ha d'estar disponible a demanda, i a més pautar cites amb el pacient i la família, el que proporcionarà seguretat a ambdós parts.
- ❑ Donar-li temps al pacient i deixar que prioritzi els seus problemes: "*Què és el que més li preocupa del que m'ha contat?*".

El pacient ha d'igualment marcar la pauta en la transmissió d'informació, que s'efectuarà de forma gradual i no traumàtica.

Respecte a dir o no el diagnòstic mèdic, es respectarà el criteri del pacient i la família sense abdicar del propi.

Recabar prèviament la informació que posseeix el pacient.

Recalcar la importància de la comunicació no verbal.

Davant les preguntes difícils, no mentir, no donar plaços ni contestar immediatament, pot ser útil retornar la pregunta.

Atenció a la família:

- Educació sanitària.
- Suport pràctic i emocional: La família d'un malalt terminal pateix un gran impacte emocional. Algunes mesures serveixen per disminuir l'impacte i afavorir l'adaptació a la nova situació:
 - Compartir l'experiència emocional de la família i proporcionar tranquil·litat per a que al seu torn pugui transmetre-la al pacient.
 - La negació inicial sorgeix com a mecanisme de defensa davant l'aparició de la malaltia, que al principi s'ha de respectar, i que es posa de manifest en fenòmens com la "conspiració de silenci". Hauríem de prevenir que aquesta recaigués sobre els nens, als ancians i els més dèbils de la família, com es tendeix a fer.
 - Facilitar la comunicació entre ells. El pacient en situació terminal té dos temors fonamentals: morir amb dolor i morir sol. La fase inicial de negació no hauria de perpetuar-se, sinó afavorir el fet que pacients i familiars puguin comunicar-se els seus temors i expressar els seus sentiments.
 - Reforçar-los en el positiu, indicant-los que estant fent tot el que pot fer-se. També treballar en l'optimització dels recursos propis de la família tant de suport al malalt com d'autoajuda.
 - Tenir presents als familiars que mai cuiden, o que es despreocupen. Interessar-se per les seves dificultats. Poden ser candidats a fer un dol patològic.
 - En cas de situació agònica: afavorir la "despedida" i expressió d'emocions entre el pacient i la família.
- Oferir ajuda i contacte posterior. Atenció al dol.

3.3. Informació bàsica i materials

A través de les referències bibliogràfiques i materials que m'ha facilitat el meu tutor extern i donat que en alguns casos els vam poder aplicar en les entrevistes als pacients m'he familiaritzat en aquest practicum I amb diferents instruments psicomètrics, com són:

- **El qüestionari d'avaluació IPDE, mòdul DSM-IV** → És un test de personalitat que inclou preguntes on l'usuari ha de fer un cercle a la resposta que consideri oportuna (vertader o fals) i que serveix per a detectar personalitats paranoïdes, esquizotípiques, histriòniques, antisocials, narcisistes, etc.
- **Mini-Mult (de Kinkannon)** → És una versió "mini" del MMPI i és un test de psicopatologies on l'usuari ha de respondre fent un cercle a la resposta "sí" o a la resposta "no".

(Tots dos testos inclouen unes preguntes que ens indiquen, segons el seu resultat, si el test és fiable i vàlid o pel contrari, el test s'ha d'invalidar, donat que si es donen resultats "desitjables" per al pacient (i que no ens quadren en el test) aquest no ha estat sincer, pel que s'invalida el test).

- **Test de còpia i de reproducció de memòria de figures geomètriques complexes de Rey** → Aquest test és d'administració individual i s'aplica a nens, a partir de 4 anys (figura B) i adults (figura A). Amb aquest test s'aprecien possibles trastorns neurològics relacionats amb problemes de caràcter perceptiu o motriu així com el grau de desenvolupament i maduració de l'activitat gràfica. La prova consisteix en copiar i després reproduir de memòria un dibuix geomètric complex. D'aquest mode, aquest test serà passat pròximament a una pacient que presenta diferències significatives entre el seu coeficient verbal (dins la normalitat) i el seu coeficient manipulatiu (molt més baix que el verbal), pel que el test ens indicarà o ens guiarà cap a l'existència o no d'algun tipus de trastorn neurològic que pugui explicar aquestes diferències.
- **Escala d'impulssivitat de Plutchik (EI)** → És un instrument d'avaluació per a la personalitat i els seus trastorns, on el pacient ha de respondre fent una creu a la casella "mai", "a vegades", "sovint" o "quasi sempre", per a cadascuna de les 15 preguntes del test.
- **Escala abreviada de valoració psiquiàtrica, d'Overall** → Aquesta escala és més subjectiva, donat que cadascun dels 18 símptomes de l'escala (preocupacions somàtiques, ansietat, retraïment afectiu, desorganització conceptual, sentiments de culpabilitat, tensió, etc.) es valora de 0 a 6 (d'ausent=0, molt lleu=1, lleu=2, moderat=3, bastant accentuat=4, greu=5, fins a molt greu=6).
- **Escala de sobrecàrrega del cuidador (Escala de Zarit)** → És una escala de 22 ítems que medeix el grau en què els cuidadors perceben com les seves responsabilitats tenen efectes adversos sobre la seva salut, vida personal i social, finances i benestar emocional. Cada ítem es puntua segons la severitat de la repercussió de l'1 al 5, amb un punt de tall de 46-67 que diferencia entre "no sobrecàrrega" i "sobrecàrrega" amb una sensibilitat del 84,6% i una especificitat del 85,3%, mentre que el punt de tall 55-56 diferencia entre "sobrecàrrega lleu" i "intensa" amb una sensibilitat i especificitat del 89,7% i del 94,2%, respectivament.
- **Qüestionari de Salut EuroQoL-5D (EQ-5D)** → És un instrument d'avaluació de la qualitat de vida relacionada amb la salut i ens indica l'estat de salut del pacient en el dia d'avui. El pacient ha de marcar amb una creu la resposta de cada apartat que millor descriu el seu estat de salut en el dia que es passa el qüestionari (*el dia d'avui*) i, posteriorment, (a l'estil de l'escala EVA per a l'avaluació del dolor), hi ha una escala semblant a un termòmetre en la qual el pacient marca amb un cent el millor estat de salut que es pugui imaginar i amb un 0 el pitjor estat de salut que es pugui imaginar. Així, sabem l'opinió del pacient, el bó o el dolent que és el seu estat de salut en el dia d'avui.

- **Inventari neuropsiquiàtric de Cummings (N.P.I)→** En aquest test s'avaluen les idees delirants, al·lucinacions, agitació, depressió/disfòria, ansietat, eufòria/júbilo, apatia/indiferència, desinhibició, irritabilitat/inestabilitat, i la conducta motriu anòmala. Depenent de les respostes del pacient a cada ítem avaluat es passa a la següent pregunta exploratòria (en cas que es respongui NO) o es continua amb les subpreguntes (en cas que respongui SI). Si amb les subpreguntes es confirma la pregunta exploratòria, es determina la freqüència, la gravetat i l'estrés emocional que li produeix dit comportament estudiat.
- **Escala Multidimensional de Craving per la dependència d'Alcohol (EMCA)→** Aquesta escala medeix dos factors del craving (craving = fenòmen psicobiològic característic de les conductes addictives d'indiscutible rellevància clínica): el desig i la desinhibició en la conducta de beure. Es corregeix acumulant les respostes dels ítems de cada factor per obtenir dos puntuacions brutes i una puntuació total. És imprescindible tenir la resposta a tots els ítems per poder corregir el qüestionari, ja que en cas contrari la interpretació dels resultats no serà vàlida. Té una duració estimada de 3-4 minuts, tot i que el qüestionari no té temps limitat per a ser respost, i s'aplica a subjectes amb dependència a l'alcohol. Ha estat dissenyada per a l'autoaplicació, i ha de ser administrada de forma individual. Consta de 12 ítems (10 ítems de desig de beure i 2 ítems de desinhibició conductual) amb 5 opcions de resposta: 1="molt en desacord", 2="en desacord", 3="ni en acord ni en desacord", 4="bastant d'acord", 5="molt d'acord". La correcció de l'escala permet obtenir 3 puntuacions: una puntuació per cadascun dels factors (rang: 10 a 50 per desig de beure i 2 a 10 per desinhibició conductual) i una puntuació global (rang: 12 a 60). Per a mesurar canvis en el craving després d'un temps o d'una actuació terapèutica, es pot aplicar l'escala EMCA tants cops com es cregui oportú.
- **Miniexamen de l'estat mental (MMSE), Test del dibuix del rellotge, Qüestionari d'activitat funcional (FAQ), Escala global de deterioro (GDS) i Test de fluència verbal categorial (Set-Test)→** Tests que vam utilitzar en un cas concret amb la finalitat de valorar una possible demència en una persona anciana i per ajudar-nos també a veure quin tipus de demència tenia.
- **Escala d'Obsessions i Compulsions de Yale-Brown (Y-BOCS)→** On les puntuacions totals d'aquest test ens suggereixen o no un TOC o bé les seves possibilitats.
- **Avaluació Comunitària d'Experiències Psíquiques (CAPE) →** Avaluació les creences i experiències mentals viscudes i en el nostre cas ens va ser útil per a avaluar-les en un noi amb un possible trastorn esquizofrènic.
- **MMPI-2 (Inventari Multifàsic de Personalitat de Minnesota-2)→** Test de personalitat que consta de 567 preguntes de tipus vertader o fals que vaig omplir jo mateixa i que vam corregir informàticament, obtenint un perfil gràfic de la meua personalitat que vam interpretar junt amb el psicòleg.

3.4. Agents implicats

CSMA:

Els principals agents implicats, a més del meu tutor extern i jo mateixa, han estat la resta de companys del centre i de l'equip multidisciplinari (psiquiatres, infermeres, psicòlegs, assistent social, personal administratiu, coordinador docent, altres alumnes de psicologia i/o enfermeria en període de pràctiques, etc.).

No hem d'oblidar tampoc l'important paper de tots els pacients amb qui he estat present en les entrevistes, qui havent donat previ consentiment de la meua presència en les entrevistes, m'han permès en alt grau viure experiències i aprenentatges que d'altre mode no hagueren estat possibles.

USS:

Els principals agents implicats, a més dels pacients ingressats i dels seus familiars amb qui hem mantingut contactes periòdics, han estat totes les persones que formen l'equip d'aquesta unitat (geriatres, cap mèdic del servei, infermeres, supervisora d'infermeria, assistent social, fisioterapeutes, administratius, etc.), sense la col·laboració dels quals la tasca del psicòleg quedaria en un buit assistencial.

3.5. Activitats, metodologia i procediments

Les principals tasques o activitats que he realitzat en el meu practicum i que explicaré de forma detallada a continuació són:

3.5.1) Observació:

El meu rol ha estat d'observadora en la consulta, asseguda en una cadira un pèl més enretirada que el psicòleg, sense participar de manera directa en les sessions amb els pacients, però escoltant i estant atenta a tots els comentaris del psicòleg i del pacient, així com al llenguatge no verbal, vestimenta, moviments, etc. d'aquest últim.

Això m'ha permès introduir-me i aprendre aspectes relatius a l'anàlisi, l'avaluació, diagnòstic, intervenció, tractament, etc. dels diferents casos clínics dels pacients que acuden al centre.

D'igual mode, el meu rol també ha estat d'observadora en la **teràpia grupal en trastorns adaptatius**, teràpia que descriuré a continuació de forma detallada:

La proposta del CSMA de psicoteràpia grupal al grup de trastorns adaptatius sorgeix per donar resposta a una demostrada situació de demanda d'atenció: segons la memòria del CSMA del Segrià de l'any 2003, el percentatge d'usuaris que van rebre el diagnòstic de trastorn adaptatiu fou del 14,85%, la qual cosa, estadísticament, i per escàs marge, es situa en el segon lloc dins els trastorns mentals atesos, després dels trastorns relacionats amb l'ansietat que suposaren el 14,91%. El trastorn d'ànim distímic ocupà el tercer lloc amb un 12,66%. Quan es proposà aquest enfoc grupal, existien ja en el CSMA grups de teràpia en trastorns d'ansietat generalitzada i en distímies.

Beneficis de la teràpia grupal en Salut Pública:

És de tots conegut que la psicoteràpia grupal presenta una relació cost/benefici superior a la teràpia individual en molts casos i que està especialment indicada quan el "dany" s'ha

produït en context grupal (família, treball...), pel que està igualment indicada per a que la “reparació” es doni en grup.

El grup es converteix en un microcosmos social, on es despleguen “en miniatura” les forces i debilitats interpersonals. Lenta, però previsiblement, es desplega la patologia del pacient, sortint a la superfície.

No existeix la necessitat que els membres expliquin el seu passat; els membres transfereixen en el grup el seu estil social, essent aquest moment clau per a la seva modificació a través dels factors terapèutics grupals.

Factors terapèutics de la teràpia de Grup:

Sabent que les persones som criatures gregàries, sotmeses de per vida a una existència social basada en una comunicació interpersonal mitjançant el llenguatge, el grup aporta una singular oportunitat terapèutica.

Seguint a Yalom, I.D (1986) en *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*, s'exposen els onze factors de canvi que, per aquest autor, operen en la terapia grupal:

- Aprentatge interpersonal: És la característica cardinal de la terapia grupal. Es reuneix a un nombre d'individus diferents que vulguin canviar algo de si mateixos o de la seva situació.
- Inculcar esperança: La fe en la modalitat de tractament pot ser terapèuticament eficaç en si mateixa, pel que és important el maneig de les expectatives.
- Universalitat: S'experimenta sensació d'alleujament quan es decobreix que no són els únics, que alguns problemes són universals.
- Difondre informació: L'apartat pedagògic sobre el seu trastorn aporta seguretat. El terapeuta i els membres del grup són difusors d'informació.
- Altruisme: L'experiència de ser útils a altres membres del grup augmenta la autoestima i ajuda a trencar el fet d'estar auto-centrats.
- Desenvolupament de tècniques de socialització: La interpretació de papers aproxima al pacient a posar-se en l'altre lloc i practicar estratègies.
- Conducta imitativa: Conegut com “l'aprenentatge vicari”. És el benefici obtingut a l'observar el procés terapèutic d'un altre.
- Catarsis: També anomenada alliberament d'emocions. Per a que es produeixi el canvi, un pacient ha d'experimentar alguna cosa de mode molt intens i posteriorment entendre les implicacions d'aquesta experiència emocional.
- Recapitulació correctiva del grup familiar primari: El pacient parteix d'una experiència en el seu primer grup, la família primària. En el grup s'observaran (diagnòstic) i modificaran (teràpia) les pautes d'actuació prèvies a mode de conductes que el pacient transfereix en la nova situació grupal.
- Factors existencials: La mort, la soletat, la llibertat, són conceptes que han de confrontar, trobant guia i suport en els altres, per a després arribar a percebre que la responsabilitat sobre la seva conducta en la vida, en últim terme, la tenen ells mateixos.
- Cohesió de grup: Es refereix a l'atracció que senten els membres del grup entre sí i la seva acceptació mútua. Es tracta d'una condició prèvia per al canvi, més que un vertader mecanisme de canvi.

Els **objectius generals** propis de les teràpies de grup són:

- ✓ Involucrar al pacient en el seu procés terapèutic tenint en compte que el compromís de canvi “creix” a l’estar sota la mirada del grup.
- ✓ Ensenyar als pacients que parlar ajuda (a ells i als altres), permetent als pacients que siguin “útils”. Com a mínim milloraran en les seves habilitats de comunicació encara que, en el nostre cas, aquest vindria a ser el “premi de consolació”, ja que no és evidentment l’objectiu principal.
- ✓ Ajudar a que els pacients analitzin i manifestin de forma adequada els seus pensaments i emocions.
- ✓ Animar als pacients a desenvolupar contactes socials satisfactoris.

Els **objectius específics** de la teràpia de grup enfocada cap als trastorns adaptatius són:

- ✓ El grup ajudarà a que els pacients identifiquin el seu estil cognitiu-conductual a nivell interpersonal. S’identificarà el que és adaptatiu i el que és desadaptatiu.
- ✓ Un cop identificat el seu particular “mal estil”, tant de pensament com de conducta, es promourà grupalment el canvi.
- ✓ Se’ls hi ofereix la possibilitat d’exercir un paper diferent, modificant així cognitiva i conductualment l’estil adequat, la qual cosa permet al pacient “sentir i veure’s capaç”. El reforç del grup impulsarà a mantenir la nova postura davant la vida.

La **metodologia de treball** parteix de dos supostos bàsics:

- 1) Que la paraula és el medi més important de comunicació; els humans construïm la realitat a través de la paraula, pel que aquesta té capacitat per a influir en nosaltres i en els altres.
- 2) El pacient porta a consulta un símptoma que no és sempre el trastorn; des de l’enfocament grupal s’enten que la psicopatologia parteix de conflictes intra i interpersonals mal resolts.

La principal escola del CSMA per a l’abordatge analític grupal és la *teràpia per al grup*, on Foulkes és el seu principal defensor. El grup s’analitza en la seva totalitat i s’atèn a la interpretació de l’individu. És una teràpia que es realitza **en** el grup i **per** al grup, atenent a aquest com una “xarxa d’acció recíproca” per la qual és inevitable que qualsevol canvi en algun dels membres del grup ocasioni petits (o grans) canvis en els altres membres del grup que es resisteixin a ell. La teràpia de grup arranxa a cada individu de la seva xarxa primària i el combina amb altres, formant així un nou camp d’interacció en el qual cada individu comença de nou. Està obligat a “donar-se compte” del grau en que està condicionat per la influència (o confluència) de les seves xarxes primàries anterior i actual. Tindrà l’oportunitat de comparar el seu mode d’obrar amb el de altres a mode de “reacció de mirall”. També es familiaritzarà amb noves formes de patiment i noves formes de resolució de problemes, representats per persones de carn i ós que comparteixen espai amb ell. La tasca del terapeuta és la de mantenir la situació dins de certs límits, assegurant-se que no es produeixin reaccions excessives i que el que s’aprèn és significatiu i s’empra constructivament.

Setting:

Lloc: Sala Polivalent del CSMA.

És un lloc apropiat donada la seva privacitat, ausència d'elements distractors, tamany adequat, seients confortables i col·locats de manera circular.

Tamany: 11 persones (4 homes i 7 dones). S'ha apostat perquè en la selecció dels subjectes es trobin persones de gènere i edats diferents amb la intenció de potenciar els aspectes relacionals.

Periodicitat: Setmanal. El dia elegit és el dijous.

Horari: Inici a les 13,15 h (total 75'). Dividits en dos períodes de 60' + 15'. S'inicia el grup quan es troben la meitat dels membres.

Estructura de la sessió: Els primers minuts per acomodar al grup i orientar-los en la teràpia. Posteriorment es defineix una tasca o tema a tractar, ja sigui aquest imposat pel terapeuta o suggerit per algun dels membres del grup. Es tracta el tema escollit i es finalitza aproximadament una hora després de l'inici de la sessió. Després d'aquesta primera hora, es dediquen aproximadament 15 minuts a revisar i analitzar la reunió.

Així, per exemple, en la primera sessió d'aquest grup a la qual vaig assistir es va treballar amb el concepte d'ambivalència, concepte que la terapeuta del grup (la psiquiatra) proposà en l'anterior sessió per a que busquessin el seu significat per parlar-lo en aquesta primera sessió a la què jo assisteixo i en la què es va parlar de les ambivalències que viuen i han viscut els membres del grup (amor-odi, vida-mort, etc.) i es va reflexionar sobre elles. En la segona sessió grupal a què vaig poder assistir, el tema, en canvi, bàsicament es centrà en el món laboral, donat que una pacient focalitzà el tema en les seves dificultats en les tasques i relacions laborals, on vam poder veure que la desestructuració jeràrquica (de poder) i de rols en la família de la pacient es repeteix d'algun mode en la seva empresa, en la qual no té clars els seus límits i les seves actuacions i on ella mateixa està creant unes reaccions en els companys que li desagraden.

Ús de co-terapeuta: El meu tutor extern, com a psicòleg clínic, fa de co-terapeuta en aquest grup. Existeix un acord pràcticament unànime que parla dels beneficis d'un equip de co-terapeutes, per així recrear la configuració parental de la família primària, incrementant la carga afectiva del grup per a alguns membres i donant l'oportunitat de beneficiar-se de l'observació d'un home i una dona que treballen junts en actitud de respecte i sense anul·lació, explotació o sexualització de la relació, com és el cas que ens ocupa aquest grup.

Observadora: Aquest és el rol que jo adopto en la teràpia de grup, com a futura psicòloga; d'observadora del grup i la seva dinàmica. Se'm presenta al grup com a tal. M'assec en una cadira fora del cercle del grup, adoptant un paper passiu i de simple observació, sense participar. Estic atenta a totes les intervencions, tant de la terapeuta, co-terapeuta com dels integrants del grup així com al seu llenguatge no verbal.

Grup obert i de màxim 1 any de permanència: Al grup es produeixen altes i baixes a mesura que els subjectes demostren la seva milloria. Un any és el temps màxim d'estància en el

grup. S'informa als pacients d'aquesta característica amb la intenció d'imprimir una "ajustada pressió per al canvi". A les persones a les que arribat aquest temps no s'hagi obtingut l'objectiu proposat se'ls indicarà que han de ser derivades a terapèutica individual.

Cada membre del grup signa de forma prèvia a la teràpia un contracte terapèutic en psicoteràpia de grup en termes d'acceptació de la totalitat de les seves normes (puntualitat; periodicitat setmanal a excepció de vacances; compromís d'acudir com a mínim a les 4 primeres sessions. Després d'aquestes, si no està conforme, es podrà negociar amb el terapeuta la possibilitat de teràpia individual; en cas de no assistència prevista, comunicar-ho al grup amb antelació; la no assistència, sense justificar, a dos sessions consecutives, comportarà l'exclusió del grup i per ende a l'alta per incumpliment terapèutic; participar activa i respectuosament en la dinàmica grupal; evitar el contacte amb altres membres del grup fora del context terapèutic, i si per circumstàncies no previstes es donés, assumir l'obligació de fer saber al grup l'ocorregut per a mantenir l'igualtat d'informació; guardar secret sobre la identitat dels participants en el grup així com de les informacions que es donin en el context grupal).

Criteris d'exclusió: Retràs mental, trastorns de la personalitat i altres trastorns del eix I que facin desaconsellable aquesta modalitat terapèutica.

Durant la primera sessió a què vaig assistir en aquest grup, molts dels seus membres van fer referència a la pèrdua de la persona propera que havien patit, estressant identificat del trastorn adaptatiu de la majoria dels integrants del grup, mentre que una altra pacient, per exemple, va fer referència a la seva alegria donat que el seu fill feia un més que ja no consumia alcohol ni cocaïna i que les anàlisis de sang li havien sortit "netes" d'aquestes substàncies, així com un altre pacient va fer referència a que ha estat 15 dies ingressat de forma voluntària en el psiquiàtric perquè no es podia treure del cap la idea repetida de matar al "niñato", un cap de la seva empresa al que "no pot suportar", amb molta agressivitat i alhora amb molta impulsivitat a portar a terme la idea.

Durant les sessions, afloren molts sentiments i emocions en els membres del grup (plor, ràbia, alegria, frustració, por, etc.) així com en alguna intervenció d'aquests membres m'he arribat a emocionar personalment pels seus relats i emocions viscudes. Tot i que és normal o natural, com a persones que són, sentir com aquests membres ens transmeten les seves emocions, també hem de tenir en compte que els psicòlegs hem de contenir aquestes emocions, per exemple, evitant que se'ns mullin els ulls o plorem mentre aquests expliciten les seves emocions i pensaments.

Bàsicament, la psiquiatra i el psicòleg que treballen amb el grup, com a terapeuta i co-terapeuta respectivament, dirigeixen el grup, centrant el tema a debatre i redirigint el grup quan aquest es dispersa o s'allunya del tema a parlar, així com fent reflexions o intervencions en temes que es consideren importants a tractar.

Tot i així, val a dir que el psicòleg i psiquiatra adopten un paper més aviat passiu en el grup, donat que són els seus propis membres els que s'ajuden entre ells, aconsellant-se, fent-se preguntes, comparant vivències i parlant de les emocions viscudes, etc.

El psicòleg i la psiquiatra intenten que tothom participi en el grup, encara que en la primera sessió a la que vaig assistir, per exemple, vaig poder veure el cas d'una pacient que va

plorar durant gairebé tota la sessió, presentant resistència a parlar d'ella mateixa i de les seves vivències, pel que se li respectà la seva decisió i es decidí deixar-ho per un altre dia, sense forçar-la a fer-ho. En canvi, aquesta pacient, en la tercera sessió a la què vaig poder assistir, trencà el seu silenci i explicà al grup la seva ràbia i el dolor que encara experimenta per la mort de la seva germana fa 9 anys, a qui estava molt unida, així com la impotència que sent per una negligència mèdica que li canvià la vida, donat que li extirparen els ovaris al nèixer el seu fill per un error mèdic i ara se sent com una persona realment vella, sense menstruació i amb simptomatologia pròpia de la menopàusia. Arrel d'aquesta intervenció es parlà en el grup de l'edat, de la concepció tan relativa que cadascú té d'aquest concepte.

Després de les sessions grupals, terapeuta, co-terapeuta i jo ens reunim en un despatx per a comentar cada sessió, alhora que ambdós fan una autocrítica de les seves intervencions, essent aquesta molt constructiva i útil per a ells alhora que per a mi, ja que la terapeuta intervé més aviat per a fer reflexionar als participants mentre que el terapeuta és més aviat directiu, complementant-se a la perfecció en les seves intervencions i donant unes bases per a la promoció del canvi en els pacients.

3.5.2) Consulta i revisió d' històries clíniques:

Aquestes consultes i revisions sistemàtiques de les històries clíniques dels pacients m'han permès familiaritzar-me amb els informes mèdics i amb la realització d'informes psicològics així com amb la presentació de casos clínics en format d'història clínica. Així, per exemple, us presento un parell de casos vistos a consulta que he resumit en format d'història clínica:

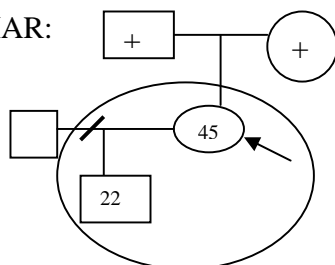
CAS 1

Dona, 45 anys, separada des de fa 12 anys i amb un fill de 22 anys.
Derivada pel seu psiquiatra.

Història clínica:

- Antecedents mèdics familiars: els desconec.
- Antecedents psiquiàtrics familiars: els desconec
- Antecedents mèdics personals: els desconec.
- Antecedents psiquiàtrics personals: està en tractament antidepressiu i ansiolític pel seu psiquiatra.

GENOGRAMA FAMILIAR:



Pacient de 45 anys d'edat. Separada des de fa 12 anys i amb un fill de 22 anys.
Els pares de la pacient van morir fa uns anys.

NIVELL D'ESTUDIS: Primaris.

ENTORN LABORAL: El desconec.

ENTORN I RELACIONS FAMILIARS:

Té quasi nul·la relació amb el ex-marit (és un sociòpata amb un trastorn antisocial de la personalitat).

L'ex-marit i el fill no es parlen; el pare va canviar el pany de casa seva perquè no volia veure més al seu fill, trencant tot tipus de vincle amb ell. Si es veuen pel carrer ni tan sols es saluden.

La pacient viu amb el seu fill, qui també presenta un trastorn antisocial de la personalitat. Comenta que la convivència amb ell és molt difícil, donat que no treballa i es passa el dia dormint, coquetejant amb drogues, bevent (té problemes amb l'alcohol) i portant prostitutes a casa. Té un caràcter molt agressiu i la crida per aconseguir diners per seguir bevent i anant amb noies. No ajuda gens en les tasques de la casa. La mare es veu desbordada per la situació.

RELACIONS DE PARELLA: Està soltera i diu que no vol a cap més home mai més a la seva vora. Presenta certa fòbia als homes, donades les experiències traumàtiques amb el seu ex-marit i el seu fill (ambdós sociòpates i amb trastorn antisocial de la personalitat).

RELACIONS SOCIALS: Desconec les seves amistats i cercles íntims més propers.

EXPLORACIÓ PSICOPATOLÒGICA:

Estat d'ànim i afectivitat → Inestabilitat emocional. Plora sovint. Està en tractament antidepressiu.

Ansietat → Està en tractament ansiolític. Presenta força verborrea en la sessió d'avui així com el seu comportament no verbal també denota inquietud i nerviosisme (mou constantment les mans i els peus, canvia molt sovint de postura a la cadira, parpadeja molt, etc.).

Pensament → Presenta ambivalència (amor-odi) cap al seu fill. Per una banda vol tenir cura del seu fill i per l'altra no el voldria veure més, ja que només li porta problemes. Dubtes.

HISTÒRIA DEL PROBLEMA:

Com no he tingut accés a la seva història clínica, desconec tota la història del problema. Però, arrel del que comenta en aquesta visita de seguiment, es pot inferir que presenta un ego atrofiat, així com bastanta dependència al seu fill, a qui va denunciar fa un temps a la policia (perquè no el podia fer fora de casa) i a qui voldria en l'actualitat fer fora de casa (com va fer el seu pare, canviant el pany de la porta) però, per una altra banda, diu que no sap que farà el seu fill sense ella, a més de tenir por de la seva reacció davant aquesta opció. Diu que segurament montaria un escàndol que se n'assabentaria tot el veïnat i es posaria molt agressiu a fi que la mare cedís a tornar-lo a acceptar a casa seva.

A pesar que el psicòleg li remarca a la mare la necessitat que el seu fill rebi ajuda, aquest es nega a rebre ajuda psicològica i/o psiquiàtrica, pel que és molt difícil solucionar el problema, donat que és ell qui necessitaria anar a consulta, enlloc de la mare. Avui tampoc no ha volgut acompanyar a la mare al psicòleg quan aquesta li ha proposat.

La mare comenta que ja quan el fill anava a l'escola els professors li deien que era un enen molt difícil, però llavors encara no tenia problemes amb l'alcohol ni les drogues, pel que el noi probablement ja presentava un trastorn de la personalitat de base.

La mare diu que l'única solució és trencar el vincle amb el seu fill, fent-lo fora de casa, solució que li fa por i li resulta molt dolorosa.

El psicòleg li comenta, que a l'igual que el seu ex-marit va trobar poc després del divorci una parella (la qual posteriorment el va abandonar perquè tampoc no podia viure a la seva vora), emportant-se així la nova parella el problema que tenia la pacient amb el seu marit, el seu fill, que fa 2 mesos que sembla que surt més en sèrio amb una noia, podria ser una solució al problema que presenta, emportant-se així la parella del seu fill el problema de casa de la pacient. L'altra solució és fer-lo fora de casa, canviant el pany de la porta.

Es cita a la pacient per propera visita segons programació.

CAS 2

Dona, 56 anys, administrativa, separada i amb dues filles.

Derivada pel seu neuròleg (que ahora és psiquiatra) al setembre del 2004 al nostre centre.

Motiu de consulta: Depressió major.

HISTÒRIA CLÍNICA:

Antecedents mèdics familiars: No s'evidencien en el cas.

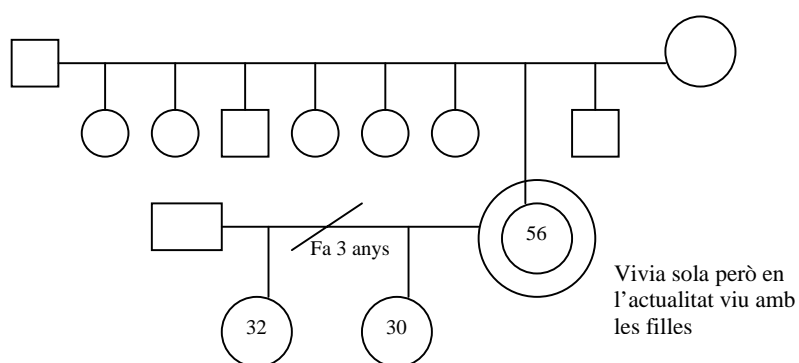
Antecedents psiquiàtrics familiars: No s'evidencien en el cas.

Antecedents mèdics personals: Taquicàrdies, hipertensió arterial i cefalees freqüents.

Antecedents psiquiàtrics personals: Fa 30 anys va ser tractada per un psiquiatra per una depressió major que no responia a tractament farmacològic i que va respondre a teràpia electroconvulsiva (TEC).

Des del 1997 en tractament amb el neuròleg i psiquiatra que la deriva al CSMA al setembre de 2004 per fer ingrés i protocol per TECs i seguiment ambulatori.

GENOGRAMA FAMILIAR:



Pacient de 56 anys d'edat. Separada des de fa tres anys i amb dues filles, de 30 i 32 anys.

NIVELL D'ESTUDIS: Administratiu.

ENTORN LABORAL: Actualment porta 18 mesos de baixa laboral. És administrativa en una clínica. Té sobrecarga de treball i problemes amb la supervisora al queixar-se. Ha estat en períodes de baixa intermitent en els últims anys per aquest motiu.

El seu estat actual no li permet desenvolupar la seva activitat laboral normal.

Refereix tenir pendent (quan el seu estat li permeti) una conversació amb els seus caps i companya de treball per desfogar la seva ràbia contra ells. Fins que no ho faci “no es quedarà tranquil·la”.

ENTORN I RELACIONS FAMILIARS: Es va separar fa 3 anys del seu marit de forma amistosa, amb qui manté en l'actualitat una bona relació. El seu ex la truca sovint per interessar-se pel seu estat.

Té molt bona relació amb les seves filles amb qui en l'actualitat viu (sota supervisió familiar per consell de la psiquiatra i psicòleg). Sempre ha vingut al centre acompanyada per una de les dues filles, les quals es mostren molt pendents i atentes a l'estat de la seva mare, així com a totes les indicacions de supervisió que els hi ha donat la psiquiatra.

RELACIONS SOCIALS: No surt ni té ganes de fer-ho. Ni tan sols té ganes de venir a consulta, refereix haver vingut perquè les filles així li ho “obliguen”.

EXPLORACIÓ PSICOPATOLÒGICA:

Col·laboradora, bona orientació espacio-temporal (ETT).

Clínicament, en l'actualitat, manté pràcticament inalterats els símptomes depressius dels últims mesos: tendència al plor, tristesa vital, culpes, dificultat de concentració, idees negatives i autolítiques, anhedònia, pèrdua de pes i alteració del ritme de son.

Actualment segueix tractament antidepressiu, ansiolític i hipnòtic.

HISTÒRIA DEL PROBLEMA:

Ha tingut varis episodis depressius majors.

Segueix tractament en el CSMA des de Setembre del 2004 amb regularitat (des de llavors ha estat visitada 7 cops pel psiquiatra i 3 cops pel psicòleg) a més de continuar les seves visites amb el neuròleg i psiquiatra que la va derivar. Aquest derivà a la pacient al setembre '04 per la falta d'eficàcia a diferents antidepressius i per a, donada la bona resposta a TECs prèvia amb remissió completa del quadre, aplicar una nova sèrie de TECs que finalitzà al desembre del 2004.

RESUM VISITA D'AVUI:

La pacient explica (i nosaltres també ho llegim a la seva història clínica, escrit per la psiquiatra) que el passat 28 de març, sense motiu aparent, va tenir una pèrdua de coneixement de 20-30 minuts i la van haver de portar a urgències, on se li va fer un electrocardiograma i una analítica amb resultats totalment normals, així com ho va ser l'exploració neurològica. Així mateix, se li va fer un “escanner” amb resultats també normals.

Clínicament manté pràcticament inalterats els símptomes depressius dels últims mesos. Tenim al nostre davant una pacient amb clara simptomatologia depressiva major.

La pacient continua el seu discurs respecte al lloc de treball (està desitjant dir-los-hi les veritats a la cara quan estigui bé i sigui capaç de fer-ho), ja que “*li han provocat molt mal a ella i de rebot a la seva família*”.

Ella manté la idea d'anar a casa seva, de tornar a viure sola, però no se li recomana degut a les idees negatives i autolítiques que manté en l'actualitat.

Demà té visita amb el CRAM (Comité d'Avaluació Mèdica); probablement, si el tribunal la incapacita, pot alliberar-se de la pressió laboral.

Donem propera visita segons programació.

3.5.3) Assistència a les reunions interdisciplinars i sessions clíniques del centre:

- Els dilluns de cada setmana, a les 12 hores, té lloc una reunió interdisciplinària a la USS, en la qual es parla sobre els pacients pal·liatius ingressats en la planta. Mentre un infermer anota en una espècie d'acta tot els ítems tractats per a cada pacient en la reunió, el metge/geriatra que porta el cas del pacient pal·liatiu que en aquell moment s'està fent referència fa un resum de la patologia de dit pacient, la seva resposta al tractament, el seu estat actual i qualsevol incidència a destacar, on participa tot l'equip fent els comentaris que calgui al respecte de cada pacient.
- Cada dimarts, de 9 a 10 hores, té lloc la sessió de coordinació interdisciplinària a la sala de teràpia grupal del centre. Allí, l'equip format per psiquiatres, psicòlegs, treballadora social i infermeres, tant del CSM-A com de l'hospital de dia, unitat de subaguts i urgències psiquiàtriques del centre parlen sobre temes d'interès per al personal del centre i també d'alguns pacients en concret en els què hi hagi alguna cosa a destacar (com per exemple, la recent hospitalització d'alguns d'ells) així com també es tracten alguns problemes de caire organitzatiu i/o burocràtic que afecten a la tasca diària dels membres d'aquest equip.
- Els divendres de cada setmana, a les 13:30 hores, té lloc una sessió clínica a la sala polivalent del pavelló de psiquiatria, on es reuneix l'equip de salut mental per tractar alguns temes d'interès sobre alguns pacients psiquiàtrics del centre així com per a fer exposicions teòriques sobre temes d'interès per als treballadors.

3.5.4) Col·laboració amb el personal del centre.

3.5.5) Participació activa en les activitats del centre.

3.5.6) Assistència a simposis i jornades d'interès organitzades pel centre:

■ **Assistència al Vè simposi en Salut Mental** "La immigració des d'una visió biopsicosocial" organitzat pel Servei de Salut Mental i Drogodependències de l'Hospital Santa Maria.

■ **Assistència a la Jornada** "El professional sanitari davant els maltractaments. Canvis socials i legals", organitzat per la Universitat de Lleida (UdL), Col·legi Oficial de Diplomats en Infermeria de Lleida (CODILL) i GSS.

Donat l'interès dels temes tractats en aquestes jornades i la seva relació amb els meus estudis de psicologia, he elaborat un resum dels aspectes més importants que es van tractar en cadascuna d'aquestes jornades:

■ **Vè Simposi en Salut Mental**, celebrat el 25 de Febrer de 2005, de les 9 a les 14 hores a l'aula magna de la facultat de medicina de Lleida i organitzat pels serveis de Salut Mental i Drogodependències de l'Hospital Santa Maria de Lleida, on el tema va ser **“La immigració des d'una visió biopsicosocial”**.

La veritat és que, des del moment en què el Dr. Abella (coordinador docent de l'Hospital Santa Maria) em va comentar l'existència del simposi i em va brindar l'oportunitat d'assistir-hi, em va interessar moltíssim el fet de poder acudir-hi, ja que crec que en una societat actual com la nostra, on la diversitat i la multiculturalitat són clarament visibles, els psicòlegs i futurs professionals de la psicologia, així com sanitaris, serveis socials, metges forenses, etc. hem de reflexionar sobre la nostra tasca, la nostra relació amb l'activitat i els nostres pacients i especialment sobre el nivell d'implicació i desgast que això pot generar en nosaltres.

A través de les taules rodones, experiències pràctiques i la conferència magistral de cloenda a càrrec del Dr. J. Achotegui Lolzate, es van tractar els aspectes psiquiàtrics, psicològics i socials de la immigració, així com vam poder veure els resultats d'un estudi de la imatge corporal en funció de la cultura, l'experiència pràctica d'un mediador cultural en l'actuació en salut mental, la influència del model cultural en la relació assistencial, així com un estudi descriptiu de la població immigrant ingressada a la unitat d'aguts del pavelló de psiquiatria de l'Hospital Santa Maria de Lleida.

També m'agradaria ressaltar la Síndrome Ulises al què el Dr. Achotegui va fer referència en la seva conferència magistral:

La síndrome Ulises és un trastorn per estrès crònic i múltiple de l'immigrant. Aquesta síndrome s'anomena així perquè si en un mapa marquem un punt en el lloc de cada viatge visitat per Ulises i posteriorment tracem una línia que uneixi els punts dels llocs on va viatjar, obtenim un recorregut llarg i ben embolicat, recorregut que s'assembla molt al recorregut de molts immigrants que busquen un lloc idoni per a la seva vida.

En aquesta síndrome s'identifiquen uns estressors, anomenats **estressors Ulises**:

- La soledat: els immigrants no poden estar amb la família, no poden portar-la al país on han emigrat, no poden tornar al seu país d'origen, etc.
- El fracàs: tenen greus dificultats amb els papers i el treball.
- Lluita per la supervivència: cada dia és un nou repte i han de trobar la manera d'alimentar-se, on dormir, etc.
- Por, terror: Perills en el viatge migratori (pateres, camions), control i amenaces de les mafies, temor a ser expulsats, etc.

A més, aquests estressors tenen les següents **característiques**:

- ✓ Multiplicitat
- ✓ Cronicitat
- ✓ Ausència de control sobre els estressors
- ✓ Gran intensitat i rellevància: afecten a totes les esferes vitals bàsiques
- ✓ Ausència de xarxes de suport social

- ✓ S'afegeixen els dols clàssics de la migració: llengua, cultura, paisatge, xenofòbia, etc.
- ✓ Síntomes que dificulten seguir lluitant. La salut és el seu capital i el van perdent.
- ✓ El sistema sanitari no diagnostica ni tracta adequadament aquest quadre:
 - o Banalització o desinterès (per desconexió del tema, per racisme, etc.). La pròpia OMS no aborda la migració.
 - o Són tractats com a depressius o psicòtics o malalts somàtics, generant a més importants despeses sanitàries.

Aquesta síndrome té la següent **simptomatologia**:

- Síntomes depressius:
 - o Presents → tristor, plor.
 - o Ausents o poc presents → apatia, idees de mort, culpa (que són menys freqüents en cultures no occidentals).
- Síntomes ansiosos:
 - o Tensió, nerviosisme.
 - o Pensaments recurrents i intrusius.
 - o Irritabilitat (sobretot en menors).
- Síntomes de l'àrea somàtica: Insomni, cefalea, fatiga, molèsties osteomusculars. Hem de tenir en compte que la cultura occidental separa ment i cos.
- Síntomes confusionals: Desorientació temporo-espacial, despersonalització, problemes de memòria i atenció, etc.

Respecte a la **interpretació cultural** de la simptomatologia tenim la màgia, la bruixeria, el "mal de ojo". La medicina tradicional considera que el malalt ha incomplert alguna norma grupal (ha donat enveja, no ha tractat bé als pares o antepassats, etc.). Llavors el daminificat recorre a la bruixeria.

Diagnòstic diferencial:

- Trastorn depressiu: No hi trobem l'apatia ni els pensaments de mort típics d'un trastorn depressiu. A més, hi ha una autoestima més elevada i el curs del trastorn és diferent.
- Trastorn adaptatiu: El malestar és adequat a la naturalesa de l'estressor, ja que és un estressor inhumà; no es tracta pas d'un estressor humà, com seria en el trastorn adaptatiu.
- TEPT
- Trastorn per estrés agut
- Dol

Baixos del diagnòstic:

- ✓ Prejudicis ètnics.
- ✓ Prejudicis de gènere (es desvaloritzen les dificultats psicològiques d'elles dones).
- ✓ Prejudicis socials.

■ Jornada: “El professional sanitari davant els maltractaments. Canvis socials i legals”:

Celebrada el **12/05/05**, Dia Internacional de la Infermeria.

Organitzada per: Universitat de Lleida (UdL), Col·legi Oficial de Diplomats en Infermeria de Lleida (CODILL) i Hospital Santa Maria (GSS).

Celebrada a: Campus de Ciències de la Salut de Lleida.

Vaig poder assistir a dues de les taules d'aquesta jornada, que les resumeixo a continuació:

Introducció:

El maltractament, sigui del tipus que sigui, atenta contra els drets, la llibertat, la dignitat i els principis ètics de les persones. És necessari l'establiment de protocols d'actuació davant els maltractaments. La gent especialment desprotegida són els nens i els ancians.

Taula 1: Aspectes psicològics

□ Perfil de la persona maltractadora i de la maltractada:

➤ Existeix un perfil de maltractador?

Aquesta és una constant que s'ha plantejat ja en èpoques llunyanes (exemple. “Jack el destripador”, “El Conde Dràcula”, etc.). La resposta és que NO.

Tot i així, des del punt de vista psicològic, les persones maltractadores complirien criteris d'un trastorn de personalitat (TP).

Trastorn de la personalitat:

- Patró permanent de comportament, diferent d'allò esperat per la cultura de la persona.
- El patró és:
 - Inflexible i s'exten a una àmplia gamma de situacions personals i socials.
 - Estable i de llarga durada.
 - No és secundari a un trastorn mental i/o a efectes fisiològics d'una droga o d'una malaltia mèdica.

Un trastorn de la personalitat no és una malaltia mental, sinó una manera de ser. Per tant, un trastorn de personalitat no és un atenuant per un delictes comés per aquesta persona.

El maltractador és una persona que fa patir als altres, però és un malalt.

➤ Existeix un perfil de la persona maltractada?

La resposta a aquesta pregunta torna a ser que NO.

No obstant, posteriorment al maltractament, la persona maltractada pot desenvolupar un trastorn per estrés posttraumàtic (TPEPT):

- La persona ha estat sotmesa a un esdeveniment traumàtic.
- L'esdeveniment traumàtic és reexperimentat mitjançant *flash-backs*, somnis, etc.
- Evitació persistent d'estímul associats al trauma.
- Embotament de la reactivitat general de la persona.
- Síntomes persistents d'augment de l'activació (*arousal*).
- Malestar psicològic intens.

Com la mateixa llei de Yerkes-Donson postula, relacionant les variables rendiment i estrés/activació, en les situacions patològiques, depenent de l'estressor, trobem diferències individuals.

Les variables personals i les situacions potencialment estressants influeixen, així com els períodes crítics en les què es troben els individus (etapes infantils, gent adulta, gent gran, etc.). Segons el moment en què la persona pateixi l'estressor tindrà diferents conseqüències, per això no hi ha un perfil definit de persona maltractada.

Malgrat tot hi ha gent que se'n surt:

- Nietzsche: *"Qui té un perquè viure, pot suportar quasi tot"*.
- Victor Franke: *"Ens poden treure-ho tot menys la manera d'interpretar la nostra realitat"*.
- Erich Fromm:
 - Llibertat negativa: alliberar-se de...
 - Llibertat positiva (amb sentit): alliberar-se per a
- Resiliència: Habilitat per a ressorgir de l'adversitat, adaptar-se, recuperar-se i accedir a una vida significativa i productiva. (ICCB, Institute on Chile Resilience and Family, 1994).
- *"Per molt d'esforç que haguem de fer, només obrint els ulls es pot sortir d'un malson"*. A.M.Molina.

□ **Maltractaments a la tercera edat. Visió de PADES:**

El PADES és el Programa d'Atenció Domiciliària i de Suport i treballa en l'àmbit d'atenció primària.

Atén majoritàriament a persones grans, els problemes més freqüents de les quals són: immobilitat, nafres per pressió, deshidratació, desnutrició, depressió, ansietat, situacions terminals, iatrogènia i dolor crònic.

Defineix el maltractament com l'acte o omissió (únic o reiterat) que provoca dany o aflicció.

Tipus de maltractament o abusos:

- Físic: cops, apallissament, cremades, etc.
- Sexual.
- Psicològic.
- Abusos econòmics: reclamar herències, obligar a fer certes operacions financeres, etc.
- Negligència.

MALTRACTAMENT DOMÈSTIC:

Factors de risc:

- Situació personal: salut, deteriorament funcional, alteracions cognitives, etc.
- Context social: manca de suport, condicions d'habitatge, situació econòmica precària, conflictes relacionats amb les persones que l'atenen, etc.
- Situació dels cuidadors: manca de formació/informació, sobrecàrrega laboral i familiar, estrès, esgotament, situació econòmica, toxicomanies o al·coholisme, patologia mental, etc.

PREVENCIÓ:

- Suport als cuidadors.
- Prevenir situacions de sobrecàrrega i desbordament.
- Formació específica.

DIFICULTATS PER LA DETECCIÓ DE MALTRACTAMENTS DOMÈSTICS:

- En relació a la víctima:
 - Difícilment denunciarà.
 - Poca consciència de maltracte.
 - Fre per vinculació afectiva.
 - Por.
- En relació al maltractador:
 - Ignorància real de la negligència (per exemple, deixar un avi amb demència lligat al llit sol a casa les hores que la família treballa).
 - Dificultats per admetre la situació i demanar suport per evitar-la.
 - Ocultació de fets.

INTERVENCIÓ:

- Valoració de la situació de forma interdisciplinària.
- Identificació dels factors de risc.
- Formació als cuidadors.
- Evitar interrogatoris als cuidadors per no afavorir postures defensives.
- Valorar si és necessari cercar recursos de suport als cuidadors.
- Coordinació amb Atenció Primària i altres recursos (servei de rehabilitació i fisioteràpia, etc.).

OBJECTIU PRINCIPAL: Protecció.□ Maltracte psicològic (MP):

El maltracte psicològic no és una agressió que produeixi lesió immediata; actua sempre en el temps i es va accentuant en el **temps**. Aquest és un concepte molt important: el temps. L'insult és diferent al maltracte psicològic. L'insult precisa d'un temps en que es vagi realitzant per a caracteritzar-se com a maltracte psicològic.

El MP aniquila l'autoestima de la persona que el pateix i pot ser de dos tipus:

- **Actiu:** Tracte degradant, continuat, que afecta la dignitat de la persona.

- **Passiu:** Falta d'atenció envers la víctima. Especialment les persones més vulnerables com: nens, gent gran, discapacitats.
Exemples: Abandó emocional (per exemple, avis institucionalitzats sense visites familiars, trucades ni expressions d'afecte) o maltractament per omissió (nens que no reben suport: abandonament emocional → rebutjar, aïllar, ignorar, aterroritzar, menysprear, etc.).

La violència psicològica és molt difícil de detectar. L'evidència és tan dolorosa que la víctima no ho afronta, adoptant un mecanisme d'anul·lació, d'amagar-se de la situació. És una gran càrrega d'angoixa: ho nega, busca justificació, excuses, sense afrontar la situació, comparant-se amb altres persones i pensant que hi ha gent amb casos més greus. Es desenvolupa una activitat de passivitat; aprèn a no fer res. Presenta apatia o sometiment però hi ha un sofriment intern que va erosionant-la.

Característiques de personalitat del maltractador:

- Personalitats narcisistes → tècniques de manipulació.
- Autoestima elevada (no real, ja que l'aconsegueixen maltractant, sentint-se forts → dependència mútua. En realitat la seva autoestima és fràgil).
- Elecció de la víctima: Intuïció desenvolupada atacant i detectant nuclis massoquistes i depressius de la persona maltractada, atacant-la subtilment i anul·lant-la.

Integració a la societat del maltracte psicològic:

- Es considera normal ser sobreprotector (mare-fill) → la mare no permet al fill d'exercir el seu dret a la llibertat, i aquest no arriba a créixer ni a independitzar-se.
- Avis → Se'ls agobia sovint amb les cures dels nets amb l'excusa de que així se senten útils (cangurs continus i gratuïts).
- Dones treballadores fora de casa → Es responsabilitza a la dona de tots els detalls quotidians (cuinar, fregar, planxar, etc.) i aquesta ho transmet a les filles, de generació en generació.

Taula 2: Detecció del maltracte

Atenció sanitària a l'àmbit d'Atenció Primària

Violència familiar:

- Violència de parella o conjugal o de gènere.
- Violència infantil.
- Violència a ancians.

Causes:

- Etiologia complexa i multifactorial:
 - Història d'abusos i violència a la família d'origen (primer factor de risc).
 - Trastorns psicopatològics.
 - Abús d'alcohol i drogues.
 - Conflictes familiars.
 - Etc.

- Actituds socioculturals: “Cultura de la violència”.
- Relació de desigualtat de la dona en les relacions socials i personals.

Conseqüències:

- Per a l’agredit:
 - Físiques: aborts en gestants, mort, somatitzacions, augment d’emalalties cròniques, trastorns genitourinaris, etc.
 - Psicològiques: Disfuncions sexuals, alteracions alimentàries, TPEPT, ansietat, depressió, abús substàncies (alcohol, drogues, tabac), etc. A llarg termini: violència als propis fills.
 - Socials: aïllament social, por, etc.
- Per a l’agressor: rebuig familiar i social, aïllament i pèrdua de reconeixement social, sentiments de frustració, fracàs, etc.
- Per als testimonis de la violència domèstica: sentiments d’amenaça i de por, dificultats d’aprenentatge, violència amb els companys, trastorns psicopatològics secundaris i a llarg termini violència transgeneracional.
- Per al sistema sanitari: cost econòmic.

L’increment actual de les denúncies no sembla que vagi junt a un augment dels maltractes sinó a un augment d’informació, de recolzament social, etc.

Intervenció sanitària:

Professionals sanitaris del primer nivell: Prevenció → Detecció → Tractament → Orientació.

PREVENCIÓ PRIMÀRIA:

- Família: exemple en els valors de no violència.
- Escola: actituds de tolerància, respecte i igualtat.
- Societat: millora de l’estatus de la dona i canvis en els valors d’igualtat.
- Sanitaris: educació i promoció per a la salut i identificar factors de risc.

Hi ha una violència mediàtica: s’ha de distingir realitat i ficció (per exemple, la pel·lícula “Kill Bill”, tot un homenatge a la violència). En aquest sentit,

- El 66% de la televisió conté violència.
- El 41% està associat a l’humor.
- El 38% és comés per persones atractives (herois, etc.).
- El 58% de les víctimes no demostren patir.
- Al 75% no li comporta cap pena ni càstig.

Aquestes dades ens fan reflexionar en la violència mediàtica com a una possible causa de l’augment actual de la violència.

Actuacions:

- Limitar els programes violents.
- No posar una televisió a l’habitació dels nens.

- No promocionar la televisió per sota de 2 anys.
- Monitoritzar el seu consum: 1-2 hores.
- Ajudar als nens a processar la violència.
- Esforços educacionals per ajudar als nena a dividir violència real de ficció.
- Es pot educar amb disciplina sense l'ús de la violència ni física ni psíquica.
- Educació als pares: "El millor regal és l'estima".

PREVENCIÓ SECUNDÀRIA:

És poca i generalment massa tard!

Perquè no es detecta?

- No es pregunta: sanitaris amb manca de preparació.
- Els afectats no ho diuen: vergonya, culpa, falta de suport, etc.
- Poca sensibilitat dels instruments de detecció.

Hem d'estar sempre atents als signes d'alerta físics i psíquics → ENTREVISTA.

PREVENCIÓ TERCIÀRIA:

- Exploració física i psíquica.
- Valorar risc psíquic i social.
- Si existeix violència domèstica → donar telèfons d'ajuda (perquè la víctima es senti segura i amb possibilitat de suport les 24 hores del dia) i si s'escau posar-ho en coneixement del jutge.

Situacions especials:

- Embarassades.
- Ablacions de clitoris → cal denunciar-les!
- Violència cap als professionals (amenaces verbals i/o físiques).

3.5.7) Consulta de bibliografia recomanada i relacionada amb el practicum:

- ❑ Durant el període de practicum he anat consultant un llibre del CSMA de recollida i compilació de tests i instruments d'avaluació reglats i utilitzats universalment (J. Bobes, M.P.G.-Portilla, M.T.Bascarán, P.A. Sáiz i M. Bousoño. *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatria clínica*. 2ª Edició. Ars Medica. 2002.), el qual se m'ha facilitat en format CD i que conté gran quantitat d'instruments de detecció i orientació diagnòstica.
- ❑ Menéchal, Jean. *Introducción a la psicopatología*. Psicología y Educación. Alianza Editorial. 1998.
Bàsicament, durant el practicum m'he centrat en la tercera, quarta i cinquena part del llibre, que fan referència als camps de les psicosis, les neurosis i la psicopatologia, parts més relacionades amb la meva pràctica al CSMA.
- ❑ García Prieto, Ángel. *Manual práctico de psiquiatria actual. Los trastornos psíquicos y su tratamiento*. Biblioteca Básica Nobel 1. Ediciones Nobel, S.A.

En especial, he anat consultant durant el període de practicum els capítols 3 (trastorns de personalitat), 4 (trastorns d'ansietat), 5 (trastorns fòbics), 6 (trastorns obsessius), origen i desenvolupament dels trastorns psicossomàtics (pp.83 i 84 del capítol 7), 10 (les depressions i altres trastorns afectius), 13 (els trastorns delirants i l'esquizofrènia) i 17 (els tractaments en psiquiatria; psicofàrmacs, psicoteràpies i models d'assistència psiquiàtrica), més relacionats amb la meva pràctica al CSMA.

- DSM-IV. Classificació i Criteris Diagnòstics de Trastorns Mentals de la American Psychiatric Association (1994).

3.6. Temporització

Sessions de practicum al CSMA:

Febrer 2005				
Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous	Divendres
				Dia 25*

Març 2005				
Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous	Divendres
Dia 7**				

Abril 2005				
Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous	Divendres
Dia 4**				
	Dia 12**/**		Dia 14**	
Dia 18**				
	Dia 26**		Dia 28**	

Maig 2005				
Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous	Divendres
Dia 2**				
	Dia 10***		Dia 12**	
	Dia 24***		Dia 26**	
Dia 30**				

* = Assistència al **Vè Simposi en Salut Mental: “La immigració des d’una visió biopsicosocial”** de 9 a 14 hores.

** = Assistència a dues taules de la Jornada: **“El professional sanitari davant els maltractaments. Canvis socials i legals”**.

** = Sessions de practicum al CSMA de 8 a 15 hores.

*** = Sessions de practicum al CSMA de 8 a 15 hores i de 16 a 19 hores.

La temporalització diària s’ha basat en consultes cada 40 minuts (de 8 a 15 hores), exceptuant l’horari de 10:30 a 12:30hores, en el què ens desplaçem diàriament a la USS per fer psicoteràpia en aquesta unitat, les sessions interdisciplinars que tenen lloc cada dilluns de 9 a 10 hores al CSMA i la teràpia de grup en trastorns adaptatius que té lloc cada dijous a les 13:30 hores.

3.7. Objectius assolits:

Cursar el meu Practicum I al CSMA m’ha permès assolir tots els objectius que establí de bon inici en la meva proposta de treball en aquest centre i, fins i tot, altres de nous, donada l’experiència pràctica de les nostres visites a la USS:

Objectiu general:

- He assolit d’una forma pràctica els coneixements tèorics adquirits a través de les diferents assignatures cursades de la llicenciatura en psicologia a la UOC.

Objectius específics:

- Adquisició i consolidació dels coneixements bàsics i habilitats del rol del psicòleg clínic.
- Coneixement del funcionament d’un centre de Salut Mental i de les funcions del psicòleg clínic en dit centre així com en la Unitat Socio-Sanitària de l’Hospital Universitari Arnau De Vilanova de Lleida, amb el treball psicoterapèutic en pacients aguts, convalescents i pal·liatius i llurs famílies.
- Integració gradual com a estudiant en les tasques del centre.
- Presa de contacte amb els diferents pacients que acuden a psicoteràpia i aprofundiment en la seva història clínica, patologia i tractament psicològic.
- Familiarització amb les psicoteràpies individuals i grupals.
- Familiarització amb l’aplicació de diferents tests psicològics, amb la realització d’informes psicològics i amb la medicació dels pacients.
- Contacte i relació directa i/o indirecta amb la resta de personal amb qui treballem (psiquiatres, infermeres, auxiliars de clínica, zel·ladors, administratius, caps de servei, etc.).

4. Conclusions i prospectiva

Val a dir, que la meua impressió final, tant a nivell personal com acadèmic és més que satisfactòria, ja que he pogut assolir els objectius inicialment plantejats així com treballar amb tot un equip de grans persones i professionals alhora.

La dedicació i atenció del personal centre, en especial del meu tutor extern, a la meua integració en les tasques diàries del centre així com en l'acurada atenció en el proporcionament del major grau d'aprenentatge possible en el meu període de practicum han estat de valiosa utilitat per a l'aprofitament de la meua experiència en aquest centre de salut mental així com en la USS, pel que estic profundament agraïda a tot el personal que m'ha ajudat i guiat en aquesta experiència.

Deguda a aquesta tan positiva experiència en el meu practicum I, tal i com ja hem acordat amb el coordinador docent de l'Hospital de Santa Maria, realitzaré el meu practicum II en aquest mateix hospital però en un altre departament i amb un altre psicoterapeuta, a fi de poder veure diferents models d'intervenció i enriquir-me al màxim de l'estada i aprenentatge que em possibilita cursar el practicum en aquest hospital.

5. Referències bibliogràfiques

Basant-me en els punts o aspectes bàsics del meu practicum i també en els problemes i/o psicopatologies de més habitual consulta i intervenció al CSMA i a la USS, que exposo a continuació, he cercat una sèrie de bibliografia complementària que m'ha estat, és i segur em serà de gran utilitat per a la meua futura pràctica professional:

HISTÒRIA CLÍNICA:

La *història clínica* (HC) ha passat de ser un document que servia per a valorar els criteris mèdics-assistencials a ser el *document mèdico-legal* més important. Durant molt temps la història clínica recordava al facultatiu l'evolució de la malaltia del pacient, però, des de fa uns anys, informa a més a la justícia de l'esdevingut al llarg del temps en l'evolució d'un procés psicopatològic concret, i si totes i cadascuna de les conductes del professional i del pacient han estat correctes. És la prova objectiva per a valorar una determinada conducta. Aquesta documentació objectiva que és la història clínica es converteix en més que necessària en la mesura en què en el diagnòstic i tractament del pacient participen més d'una persona, valorant-se als professionals de la salut mental que han actuat en un moment donat.

En la història clínica han de constar:

- Nom, cognoms, direcció i telèfon de contacte del pacient.
- Antecedents familiars i personals, sobretot si el pacient és al·lèrgic a algun tipus de fàrmac.
- En les fulles d'evolució ha de constar la data i inclús l'hora (important en les urgències psiquiàtriques), així com el nom del professional (psicòleg, psiquiatra, etc.) si no és el que l'atén normalment.
- Incloure totes les exploracions i avaluacions que s'hagin fet, els seus resultats, el diagnòstic i el tractament.

- Sempre que el psiquiatra canviï una medicació s'ha de reflexar-ho en la fulla d'evolució de la història clínica.
- No deixar de transcriure cap consulta o visita, ja que pot donar lloc a que el tribunal dubti si es realitzà o no determinada activitat: legalment, el que no està escrit en la història clínica, no ha ocorregut. A més d'escriure s'ha de fer clarament (doncs l'escriptura il·legible pot destruir una defensa mèdico-legal), evitar les abreviatures, anotar totes les consultes i raonaments clínics i evitar comentaris personals fora de lloc sobre el pacient o sobre conductes d'altres companys.
- No s'ha d'oblidar la importància de conservar la història clínica, doncs la pèrdua d'aquesta pot donar lloc a una acusació per incompliment de la custòdia de document públic.

DEPRESSIÓ:

La característica fonamental dels *trastorns depressius* és l'alteració de l'estat d'ànim, acompanyat d'un corteig simptomàtic definit. La simptomatologia depressiva constitueix un dels diagnòstics psiquiàtrics més freqüents en la població general i també un dels diagnòstics de major consulta al CSMA, havent pogut presenciar en el meu practicum gran quantitat d'entrevistes psicoterapèutiques al centre amb pacients amb aquest diagnòstic. La Organització Mundial de la Salut (OMS) estableix per a Espanya una taxa de prevalença al voltant del 10% de la població adulta. El risc de patir un episodi de depressió major al llarg de la vida és del 17,1%, amb una prevalença en dones del 21,3%, doble que en homes, que és del 12,7%. A més del *sexe* existeixen *altres factors de risc* relacionats amb la depressió: menors nivells educacionals, estat civil (separat, vidu, divorciat, solter), no tenir treball fora de casa, història familiar de primer grau d'episodis depressius i antecedents personals de depressió.

El diagnòstic fonamental de la depressió és clínic, l'aspecte fonamental és la tristesa que afecta tots els aspectes de la vida del pacient amb una duració superior a 2 setmanes. Deixant de banda la classificació del DSM-IV dels trastorns depressius i el seu diagnòstic diferencial, així com l'anamnesi (antecedents familiars i personals, història de la malaltia actual), exploració física, neurològica i exploracions complementàries (per exemple, escala de Goldberg, escala d'avaluació per a la depressió de Hamilton i l'escala de depressió geriàtrica de Yesevage) i centrant-nos en el seu tractament psicològic, tenim que són nombroses les modalitats de psicoteràpia fonamentalment en les depressions, entre elles la psicoteràpia interpersonal. Es centra en els problemes interpersonals actuals i té una durada de 12 a 16 setmanes. Explora àrees com reaccions de dol, conflictes interpersonals, dèficit en habilitats socials. S'utilitzen tècniques com clarificació d'estats emocionals, reafirmació, milloria de la comunicació interpersonal, socialització i desenvolupament d'habilitats interpersonals. És útil en pacients amb conflictes psicosocials recents o amb dificultats matrimonials o laborals.

És fonamental la relació psicòleg-client en el tracte psicoterapèutic per a obtenir informació, guanyar-se la seva confiança, vigilar impulsos destructius, psicoeducació i ajudar a establir metes realistes i factibles.

La psicoeducació grupal també existeix en els centres de salut mental. Coordinats per un psiquiatra i un psicòleg, s'intenta fomentar l'ensenyança-aprenentatge individual en situacions de grup, canvi d'hàbits i actituds indesitjables, així com motivar determinades

habilitats que afecten a la seva patologia, essent el propòsit final el d'augmentar el control dels problemes de la seva vida. El seu objectiu principal és alleujar el patiment de les persones que hi participen, la majoria d'elles amb un trastorn depressiu, ansietat o neurosis de més d'un any de duració. Secundàriament també s'intentarà disminuir la freqüència de les consultes dels professionals, potenciar la capacitat d'habilitats socials, millorar les relacions personals i situacions conflictives així com l'ocupació del temps lliure.

INTENT DE SUÏCIDI:

El *suïcidi* és l'acte humà de treure's la pròpia vida. Comporta un estat "d'angoixa insuportable" que generalment s'associa a depressió i/o desesperança.

La desesperança porta a la persona a una conducta suïcida, el pacient té una "visió de túnel", no té expectatives de futur, no veu cap opció possible i així s'apropa a l'autoaniquilació. La desesperança és l'aspecte de la depressió que més es relaciona amb l'intent de suïcidi.

Les causes són múltiples i complexes (soletat, sentir-se un estorb, sentir veus, no trobar sentit a la vida...), però existeixen factors de risc que s'han de considerar per a fer una detecció precoç d'aquest grup de pacients (per exemple, pacients amb un diagnòstic de malaltia mental com serien una depressió major i trastorns bipolars, pacients alcohòlics i/o amb abús de substàncies psicoactives, pacients esquizofrènics, sobretot homes joves, així com pacients que admeten i expressen una idea suïcida, intents de suïcidi previs, pèrdues importants recents (dols), situacions d'aïllament, soletat i períodes vitals de canvis radicals, història familiar amb suïcidis, mals tractes en l'infància o clima de violència familiar, persones majors de 65 anys i adolescents, etc.).

La clau ens la donarà l'entrevista amb el pacient. Avaluar el risc de suïcidi d'un individu requereix una entrevista tranquil·la i oberta en el marc d'una bona relació professional-pacient.

Després de l'anamnesi (antecedents familiars i personals i història de la malaltia actual), la proposta de tractament inclou unes normes generals:

- Considerar seriament qualsevol amenaça de suïcidi per manipuladora que sembli.
- Mostrar una actitud empàtica i firme en la contenció d'aquests pacients, permetent-los-hi que parlin obertament de la seva angoixa i pensaments autodestructius.
- Investigar si el pacient té un pla suïcida o pertany a un grup de risc.
- Investigar intents anteriors.
- Comentar les experiències que li han portat a la seva determinació suïcida i ajudar a pensar en solucions més realistes.
- Explorar conflictes familiars i suport familiar i social.
- Informar a la família del risc de suïcidi millor en una entrevista conjunta amb el pacient, implicant-la en el suport al pacient i en certes precaucions a prendre per evitar l'accés a armes o fàrmacs letals.

Si hi ha un perill imminent de suïcidi derivar d'urgència al servei de salut mental o psiquiatria que correspongui.

ANSIETAT:

L'*ansietat* és un sentiment vague i desagradable, caracteritzat per temor difús i per sensacions somàtiques, produïdes per l'activació del SNC i vegetatiu, davant una senyal de perill. Es tracta d'una resposta adaptativa de l'organisme, que en la vida diària es prepara per a situacions que plentegen alguna dificultat, algun repte.

Quan aquesta resposta es posa en marxa davant estímuls inadequats o inexistents, o quan essent aquest estímuls correctes, la duració i/o intensitat de la resposta d'alerta van més enllà dels límits adaptatius, l'ansietat es converteix en patològica.

Els trastorns d'ansietat constitueixen com a grup la patologia psiquiàtrica més freqüent en la població general. La prevalença és d'un 2-10%, essent més freqüent en dones.

També ha estat un dels diagnòstics de major consulta al CSMA, havent pogut presenciar en el meu practicum gran quantitat d'entrevistes psicoterapèutiques al centre amb pacients amb aquest diagnòstic.

El pla terapèutic dels trastorns d'ansietat ha de ser sempre mixte, psicofarmacològic i psicoterapèutic.

El tractament específic, per exemple, en l'ansietat generalitzada, inclou valorar les situacions vitals ansiògenes i la psioterapia individual. En les crisis d'angoixa ens serà útil la psicoterapia de suport i desensibilització sistemàtica.

TRASTORNS DE PERSONALITAT (paranoide, esquizoide, esquizotípic, antisocial, límit, histriònic, narcisista, per evitació, per dependència, obsessivo-compulsiu):

Els *trastorns de personalitat* (TP) es defineixen com: “un patró permanent d'experiència interna i de comportament que s'allunya acusadament de les expectatives de la cultura del subjecte, s'exten a una àmplia gamma de situacions personals i socials, provoca malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de l'activitat de l'individu. S'inicia en l'adolescència o al principi de la vida adulta, i no és conseqüència d'un altre trastorn mental ni dels efectes fisiològics directes d'alguna substància o d'alguna malaltia mèdica”.

La seva prevalença s'estima en un 10,3-13,5% de la població general, i és major entre els individus que s'enfrenten durant el seu desenvolupament a dificultats socials, econòmiques o laborals, i que viuen en nuclis urbans. Presenten escassa o nula milloria davant tractaments farmacològics o psicoterapèutics, i no existeixen pel moment tractaments específics de comprovada eficàcia.

Les causes del trastorn es poden classificar en:

- Causes del *pacient*: circumstàncies personals, familiars, socials que l'habituen a comportaments no adaptats al medi, dificultat per a expressar-se amb conductes més acordes amb la norma, etc.
- Causes *familiars*: l'ambient en el que es desenvolupa la personalitat amb les seves peculiaritats relacionals, educacionals, establiment de límits, etc.
- Causes de l'*entorn*: dificultats sociolaborals imposades que marquen una pauta a la que l'individu no aconsegueix sotmetre's o de la que discrepa.
- Causes del *professional* que avalua: subjectivitat en el diagnòstic, ja que les categories diagnòstiques per als TP es basen en termes subjectes a múltiples interpretacions per part de l'observador.

La OMS assenyala que els TP estan en una etapa primerenca de validació del constructe, i recomana, per tant, cautela a l'hora d'establir un diagnòstic final; considera que dos mètodes d'avaluació de TP posseeixen una fiabilitat raonablement bona: el qüestionari d'avaluació de la personalitat (PAS) i l'examen internacional dels trastorns de la personalitat (IPDE), que consisteixen en entrevistes semi-estructurades de 60 i 150 minuts, respectivament, ús d'instruments que he pogut veure i aprendre en la meua tasca al centre. El DSM-IV insisteix en que un TP sols es diagnosticarà si provoca deteriorament o malestar clínicament significatius i que es realitzarà diagnòstic diferencial amb altres trastorns psiquiàtrics, situacions de risc familiar i social i amb canvis de comportament relacionats amb consum de substàncies o malaltia orgànica, fonamentalment patologia del SNC.

Respecte al tractament, tot i que no és possible dissenyar un model d'entrevista tipus per a tots els trastorns de la personalitat, sí que es proposa estructurar l'entrevista seguint unes normes generals:

- *Acceptar* la forma en la que el pacient està transmetent la informació.
- *Amoldar-se* a la seva postura: sintonitzar amb el pacient en el seu comportament, fonamentalment de forma no verbal, adaptant-se a les seves peculiaritats: posició en l'espai, moviments, gestos, respiració, entonació, pauses.
- *Impactar*: captar l'atenció del pacient mitjançant alguna activitat llamativa per a ell/ella que l'interrompi; per exemple, de forma verbal, fer una pregunta inesperada en relació amb el tema que exposa; poden resultar útils les frases fetes, refranys, o dir el seu nom i guardar silenci, repetir frases dubitatives, "no sé", "potser...", etc. Els canvis en la postura del professional, en els seus gestos, en la seva entonació, poden facilitar l'impacte.
- *Dirigir*: un cop interrompida la pauta del pacient prendre la iniciativa de l'entrevista, buscant un procediment diagnòstic-terapèutic eficaç d'acord amb la seva demanda.

Respecte al pronòstic i seguiment és útil revisar possibles desacords en els continguts i en el procés de relació mantingut amb el pacient i/o la seva família així com elegir, en funció dels objectius diagnòstic-terapèutics, quins desacords són precisos mantenir i quins es poden canviar, acceptant les peculiaritats del pacient i del seu entorn.

ATENCIÓ AL DOL:

El *dol* és una reacció natural davant una *pèrdua* (ser estimat, *status* social o psicològic, nivell de salut, etc.). És necessari i aconsegueix una funció d'adaptació. Es necessita un temps i un espai per a tornar a l'equilibri normal, que és el que constitueix el dol.

El dol també ha estat una de les constants en les entrevistes psicoterapèutiques que hem mantingut amb els pacients al centre així com en el grup de trastorns adaptatius al que he pogut assistir a diverses de les seves sessions durant el meu període de practicum.

Per a completar el seu procés de dol, en cas de defunció, l'afectat haurà de realitzar una sèrie de "tasques":

- Acceptar la mort.
- Doler-se i alliberar les seves emocions.

- Adaptar-se a viure sense la presència del difunt.
- Treure l'energia emocional del difunt, reconduint-la cap a altres relacions.
- Crear nous vincles.

En un dol normal trobem les següents fases i cronologia:

- *Període anterior o dol anticipat*: comença quan es coneix el diagnòstic fatal. Es produeix un shock inicial i després una negació que habitualment dura fins la defunció.
- *Període inicial*:
 - Dol hiperagut: rera la defunció, sol durar de hores a dies i rarament setmanes. Embotament de la sensibilitat i irrealitat; són freqüents les reaccions físiques.
 - Dol agut: de setmanes fins a mesos dominat per la negació, seguida de la búsqueda de la persona perduda.
- *Període intermig*: la persona reinicia la seva vida quotidiana i comença a percebre progressivament la realitat de la pèrdua en la seva vida diària, el pensament cap al difunt provoca intensa sensació de dolor que va cedint espais en el dia a moments de normalitat. Dura entre 1 i 2 anys.
- *Període tardà o dol resolt*: transcorreguts entre 2 i 4 anys, la persona pot haber establert un mode de vida basat en nous patrons de pensament, sentiment i conducta.

Manifestacions de dol:

- *Sentiments*: tristesa, soletat, anyorança, ira, culpabilitat, autoretret.
- *Sensacions físiques*: estòmac buit, sensació d'ofeg, boca seca, tibantor en tòrax o gola.
- *Pensaments o cognicions*: incredulitat, preocupació, al·lucinacions visuals o auditives, presència del difunt.
- *Comportaments o conductes*: somnis amb el difunt, trastorns de l'apetit per excés o per defecte, sospirs, hiperactivitat, plor, freqüentar llocs del difunt.

Molts cops el dol no apareix com a tal sinó en forma de queixes físiques inespecífiques, augment del consum d'alcohol, tabac, tranquilitzants, etc.

Indicacions generals:

Existeixen una sèrie de *determinants de la resposta al dol* que s'han d'explorar per conèixer les circumstàncies que fan més probable la complicació del dol a fi de prevenir-la:

- Identitat i rol de la persona difunta: el grau de parentesc, els rols desenvolupats per ell i la intensitat de la relació donen una idea de la magnitud de la pèrdua.
- Suport sociofamiliar del dolent: quan el dolent viu sol, si queda en mala situació econòmica tras la mort o si l'actitud de la família o amics no li permet expressar el seu dolor, són factors que dificulten l'evolució favorable del dol.
- Causes i circumstàncies de la pèrdua: valorant la forma en què ha transcorregut la fase final de la malaltia. Les morts repentines són més difícils d'assumir que després d'un període previ de malaltia.
- Personalitat i antecedents de l'afectat: les edats primerenques semblen ser les més vulnerables, la dona sembla ser en general més propensa al dol patològic.

Aquest apartat ens és fonamental en el treball diari en la consulta del CSMA però especialment en el nostre treball en la USS, donat a les pèrdues de persones tan properes a què s'afronten els familiars dels malalts ingressats en aquesta unitat. En aquest sentit, la proposta de tractament en la USS es basa en mostrar a l'afectat la disponibilitat de l'equip sanitari cap a ell, fer-li saber que en cas de necessitat pot contar amb nosaltres (és a dir, donar-li "permís" per a venir a parlar de la seva pèrdua a la nostra consulta), principis bàsics de l'*assessorament en el dol* com són informar sobre la seva "normalitat" (i la de les seves manifestacions; l'afectat pot creure estar tornant-se boig per veure o sentir al difunt), afavorir l'expressió dels sentiments i pensaments de l'afectat i detectar els casos de dol complicat per derivar-los a la nostra consulta de psicologia) així com facilitar la comunicació intrafamiliar i tenir en compte els punts temporals crítics (als 3 mesos després de la defunció, el primer aniversari, les vacances i els primers Nadals). És recomanable que el professional s'anticipi i informi a l'afectat de que en aquells moments el dol es recuarà.

Els criteris que distingeixen més clarament les formes saludables de les formes patològiques de dol són: el temps que duren els processos defensius (fonamentalment la negació) i en quina mesura influeixen en el funcionament mental de l'individu. Trobem els següents tipus de dol patològic:

- *Dol crònic*: la resolució del dol és anormalment prolongada o inclús permanent. Per exemple, per la mort d'un fill o el cas que explicitava en paràgrafs anteriors de la noia de la teràpia de grup en trastorns adaptatius que encara experimenta ràbia i profund dolor amb llant continuat per la mort de la seva germana fa 9 anys, a qui estava molt unida.
- *Dol ausent o emmascarat*: no existeixen reaccions d'edol.
- *Dol exagerat*: pot manifestar-se per depressió, atacs de pànic, conductes fóbiques, manies o alcoholisme.
- *Dol retrassat*: aplaçat, diferit, inhibit o suprimit.

SITUACIONS PAL·LIATIVES O TERMINALS:

En la meua experiència en la USS hem treballat amb molts malalts en situació pal·liativa o terminal. Un aspecte molt important d'aquesta pràctica és la preparació per a la família de les persones que es troben properes a la mort.

Com bé indica la pàgina web del Hospices North Centrel Florida, hem de tenir en compte que, quan una persona entra en l'etapa final del procés de la mort es troba sotmés a dues dinàmiques íntimament relacionades i independents. En el pla físic, el cos comença el procés, que acabarà amb la parada de tota funció, i durant el qual es van apagant les funcions dels sistemes vitals.

Usualment aquest procés ocorre de forma paulatina i ordenada i sense dramatisme, amb canvis físics progressius que no requereixen tractaments invasius ni intervencions agressives. Aquests canvis físics del cos són normals i és la manera natural per la qual el cos es prepara per acabar el seu funcionament. La forma més apropiada d'aproximar-se a aquesta etapa és de respecte a aquest procés intentant mantenir la comoditat i procurant únicament mesures d'alleujament.

L'altra dinàmica que intervé en el procés de la mort es desenvolupa en el plà mental-emocional-espiritual, i el seu desenvolupament és diferent. L'esperit de la persona moribunda comença el procés final de desarrelament o desinterès per: el propi cos, per les seves condicions socials (treball, família, amics, etc.).

Per aquest desarrelament és precís estar en pau amb la pròpia història i deixar resoltos aquells aspectes pendents, a vegades de caràcter pràctics, i finalment obtenir el permís de les persones estimades per donar el pas final, morir. Aquests esdeveniments són la forma normal i natural per la qual l'esperit es prepara per a traslladar-se d'aquesta existència a una altra dimensió de la vida.

Les formes més adequades de respondre als canvis mentals, emocionals i espirituals són les que fomenten aquest desarrel i permeten la transició.

Quan el cos d'un individu està preparat per acabar, però la persona està pendent de resoldre algun problema o de reconciliar-se amb alguna persona o alguna relació íntima i important ell o ells sol tenir tendència a perllongar el procés de mode que es produeix un disconfort per no poder acabar allò que té necessitat de deixar resolt.

De mode contrari, quan la persona està emocionalment-mentalment-espiritualment, resolta i preparada per al desarrel, i no obstant el seu cos no ha completat el seu cicle físic, la persona continuarà vivint fins que el seu sistema vital s'esgoti completament.

L'experiència que ells denominen mort ocorre quan el cos completa el seu procés natural de completar la seva funció vital i quan l'esperit completa el seu procés natural de reconciliació i realització final. Aquests dos processos han de tenir lloc d'una manera apropiada, única i pròpia de l'entitat, creences i estil de vida de la persona moribunda. Aquest, proposen, no és moment per a que la família intenti canviar a la persona estimada, donats els símptomes i manifestacions que aquesta experimentarà (fredor, son, desorientació, incontinència, inquietud, etc.), sinó que és el moment de donar-li la seva completa acceptació, suport i alleujament.

Tot i que aquest text presenta una visió del procés de morir de l'entorn cultural dels EEUU, algo diferent del nostre àmbit mediterrani i per tant, no directament aplicable al nostre medi, té, no obstant, el valor d'un document d'ajuda per millorar la nostra comprensió del procés de morir i que trobo resulta útil per a preparar a professionals sanitaris i als familiars.

Per una altra banda, i seguint a Elisabeth Kübler-Ross, davant una malaltia mortal entren en funcionament uns mecanismes de reacció o de defensa:

□ **Primera fase: negació i aïllament**

La primera reacció del pacient pot ser un estat de commoció temporal del que es recupera gradualment.

"No, jo no, no pot ser veritat". Aquesta negació inicial era comú als pacients als que se'ls revelava directament des del principi la seva malaltia, i a aquells als que no se'ls hi deia explícitament i que arribaven a aquella conclusió per si mateixos, una mica més tard.

Aquesta negació tan angustiosa davant la presentació d'un diagnòstic és més típica del pacient que és informat prematura o bruscament per algú que no el coneix bé o que ho fa ràpidament per "acabar d'una vegada" sense tenir en compte la disposició del

pacient. La negació, almenys la negació parcial, és habitual en gairebé tots els pacients, no sols durant les primeres fases de la malaltia o a l'assabentar-se del diagnòstic, sinó també més endavant, de tant en tant. Aquests pacients poden considerar la possibilitat de la seva pròpia mort durant un temps, però després han de desfer-se d'aquests pensaments per prosequir la vida. La negació funciona com un amortidor després d'una notícia inesperada i impressionant, permet recobrar-se al pacient i, amb el temps, mobilitzar altres defenses, menys radicals. Això no significa, no obstant, que el mateix pacient, més endavant, no estigui disposat, i inclús content i alleujat al sentar-se a parlar amb algú de la seva mort imminent. Aquest diàleg haurà de tenir lloc quan bonament pugui el pacient, quan ell estigui disposat a afrontar-lo. A més, el diàleg s'ha d'acabar quan el pacient no pugui seguir afrontant els fets i torni a la seva anterior negació. No importa quan tingui lloc aquest diàleg.

Kübler-Ross és partidària de parlar de la mort i del morir amb els pacients molt abans que arribi la seva hora si el pacient indica que vol fer-ho. També és més fàcil per a la família parlar d'aquestes coses en moments de relativa salut i benestar. Sovint, postposar aquestes conversacions no serveix per a res al pacient, sinó a la nostra actitud defensiva.

La necessitat de negació existeix en tots els pacients algun cop, més al principi d'una malaltia greu que cap al final de la vida. Generalment la negació és una defensa provisional i aviat serà substituïda per una acceptació parcial.

□ **Segona fase: ira**

Quan no es pot seguir mantenint la primera fase de negació, és substituïda per sentiments d'ira, ràbia, enveja i ressentiment. Lògicament, sorgeix la pregunta: "*Per què jo?*". En contrast amb la fase de negació, aquesta fase d'ira és molt difícil d'afrontar per a la família i el personal. Això es deu a que la ira es desplaça en totes direccions i es projecta contra el que els envolta, a vegades quasi a l'atzar (metges, infermeres, família, etc.). El problema està en que poques persones es posen en el lloc del pacient i es pregunten d'on pot venir el seu enuig.

On vulgui que miri el pacient en aquells moments, trobarà motius de queixa. El pacient fa tot el possible per a que no se l'oblidi.

Un pacient al que se'l respecti i se'l compregui, al que se li presti atenció i dediqui una mica de temps, aviat baixarà la veu i reduirà les seves airades peticions. Se sentirà un ésser humà valios, del que es preocupen i al que permeten funcionar al nivell més alt possible, mentre pugui. Se l'escoltarà sense necessitat que agafi un enuig, se'l visitarà sense que soni el timbre tan sovint, perquè fer-li una visita no és un deure, sinó un plaer.

No obstant, quan el personal o la família es prenen aquesta ira com alguna cosa personal i reaccionen en conseqüència, amb més ira per la seva part, no fan més que fomentar la conducta hostil del pacient.

□ **Tercera fase: pacte**

Aquesta tercera fase de pacte és menys coneguda però igualment útil per al pacient, encara que sols durant breus períodes de temps. Si no hem estat capaços d'afrontar la trista realitat en el primer període i ens hem enutjat amb la gent i amb Déu en el segon,

tal vegada poguem arribar a una espècie d'acord que postposi l'inevitable: *“Si Déu ha decidit treure'm d'aquest món i no ha respost als meus airats al·legats, pot ser que es mostri més favorable si li ho demano amablement”*.

La majoria de pactes es fan amb Déu i generalment es guarden en secret o es mencionen entre línies o en el despatx d'un sacerdot.

□ **Quarta fase: depressió**

Quan el pacient no pot seguir negant la seva malaltia, quan es veu obligat a passar per més operacions i hospitalitzacions, quan comença a tenir més símptomes o es debilita i aprima, no pot seguir fent al mal temps bona cara. La seva insensibilitat o estoïcisme, la seva ira i la seva ràbia seràn aviat substituïts per una gran sensació de pèrdua. Al tractament i a la hospitalització perllongats, s'afegeixen les càrregues financeres, probable pèrdua del treball, etc.

Quan la depressió és un instrument per preparar-se a la pèrdua imminent de tots els objectes d'amor, llavors els ànims i les seguretats no tenen tan sentit per facilitar l'estat d'acceptació. No s'hauria d'estimular al pacient a que miri el costat alegre de les coses, perquè això significaria que no hauria de pensar en la seva mort imminent.

El pacient està a punt de perdre totes les coses i les persones que estima. Si se li permet expressar el seu dolor, trobarà molt més fàcil l'acceptació final, i estarà agraït als que se sentin al seu costat durant aquesta fase de depressió sense dir-li constantment que no estigui trist.

Sols els pacients que han pogut superar les seves angoixes i ansietats seràn capaços d'arribar a la següent i última fase.

□ **Cinquena i última fase: acceptació**

Si un pacient ha tingut força temps (aixó és, no una mort repentina i inesperada) i se li ha ajudat a passar per les fases abans descrites, arribarà a una fase en la que el seu “destí” no el deprimirà ni l'enutjarà. Haurà pogut expressar els seus sentiments anteriors, la seva enveja als que gaudeixen de bona salut, la seva ira contra els que no tenen que afrontar-se amb el seu fi tan aviat. Haurà plorat la pèrdua imminent de tantes persones i de tants llocs importants per a ell, i contemplarà el seu pròxim final amb relativa tranquil·litat. Estarà descansat i, en la majoria dels casos, força dèbil.

L'acceptació és una fase gairebé desprovista de sentiments. És com si el dolor hagués desaparegut, la lluita hagués acabat, i arribés el moment del “descans final abans del llarg viatge”. En aquells moments, generalment, és la família qui necessita més ajuda, comprensió i suport que el propi pacient.

Quan el pacient terminal ha trobat certa pau i acceptació, la seva capacitat d'interés disminueix. Desitja que el deixin sol, o almenys que no l'agitin amb notícies i problemes del món exterior. Sovint no desitja visites, i si les hi ha, el pacient ja no té ganes de parlar. Llavors les nostres comunicacions es tornen més mudes que orals. Aquests moments de silenci poden ser les comunicacions més plenes de sentit per a les persones que no se sentin incòmodes en presència d'una persona moribunda. La nostra presència és sols per confirmar que estarem disponibles fins al final.

La única cosa que generalment persisteix al llarg de totes aquestes fases és l'esperança. Si un pacient deixa de manifestar esperança, generalment és senyal de mort imminent.

També Kübler-Ross apunta que seria més útil que hi hagués més gent que parlés de la mort com d'una part intrínseca de la vida, del mateix mode que no vacil·len en parlar que algú està esperant un altre nadó. Si això es fés més sovint, no hauriem de preguntar-nos si hem de tocar aquest tema amb un pacient, o si hauriem d'esperar a l'últim moment. Com no són infal·libles i mai podem estar segurs de quin és l'últim moment, podria ser que això no fos més que un altre raonament que ens permeti evitar la qüestió.

“Si nosaltres, com a membres de les professions assistencials, podem ajudar al pacient i a la seva família a posar-se “a to” amb les seves respectives necessitats i a arribar a acceptar junts la inevitable realitat, podem contribuir a evitar molta angoixa i patiment innecessaris per part dels pacients terminals i encara més per part de la família que ells deixen enrera”.

A la vista de tot l'anterior, és evident que el pacient terminal té necessitats molt especials que poden cobrir-se si ens prenem el temps de sentar-nos a escoltar i esbrinar quines són. El més important d'aquesta relació, potser, com apunta Kübler-Ross, és el fet de donar-li a entendre que estem disposats a compartir algunes de les seves preocupacions. Per a treballar amb el pacient terminal es requereix una certa maduresa que sols prové de l'experiència. Hem d'examinar a fons la nostra actitud amb respecte a la mort, abans de sentar-nos junt al llit d'un pacient terminal tranquil·lament i sense ansietat. Els que tenen la fortalesa i amor suficients per sentar-se junt a un pacient moribund en el *silenci que va més enllà de les paraules* sabran que aquest moment no és espantós ni dolorós, sinó el pacífic cese del funcionament del cos.

*El agua en un vaso està plena de destellos;
El agua del mar es oscura.
La pequeña verdad tiene palabras claras;
La gran verdad tiene un gran silencio.*

TAGORE, de *Pájaros errantes*, CLXXVI

Tampoc no voldria deixar de fer referència a Ramón Bayés, qui en un estudi recent apunta que el què produeix temor en la majoria d'èssers humans no és el fet de la mort en sí, sinó els imprevedibles i terribles aconteixements que a vegades solen precedir-la.

Entén per **mort psicològica** el coneixement subjectivament cert que es suscita en un moment concret de la vida de que “em moriré”. La mort psicològica en si mateixa no té perquè engendrar necessàriament sofriment. Inclús pot acceptar-se amb ànim seré, com algo connatural al fet d'existir. No considera, per tant, que la mort psicològica hagi d'engendrar necessàriament ansietat i/o depressió, encara que en alguns casos aquestes siguin les seves seqüeles. La mort psicològica plenament acceptada és adaptadora. En la fase d'acceptació, fase final a la què tendeixen els models de Kübler-Ross, Stedeford o Buckman, la persona és capaç de seguir vivint el present amb una sensació de pau interior. La mort psicològica produirà més, menys o cap patiment en funció de les circumstàncies

biogràfiques, culturals, perceptives i socials que concorrin en cada persona, en el precís moment en què la mateixa faci la seva aparició i en la forma en que faci acte de presència.

Per últim, i ja per finalitzar, voldria fer referència a la **psicologia oncològica**, donat que a la USS també hem treballat amb molts pacients (i de ben diferents edats) amb diagnòstic de càncer.

Hem de recordar que el diagnòstic i tractament biomèdic del càncer sol produir en el pacient un gran impacte emocional i inclús seriosos problemes psicològics, i que la intensitat, duració i conseqüències dels mateixos poden veure's considerablement influïts, en un sentit positiu o negatiu, pel tipus d'estratègia, grau d'eficàcia o ineficàcia, i percepció subjectiva de control que mostren els pacients a l'enfrentar-se amb ells (*coping*).

D'acord amb Senescu (1963), el pacient oncològic precisa d'ajuda psicològica quan es troba en alguna de les circumstàncies següents:

- 1) Si les seves reaccions emocionals l'impedeixen buscar tractament, cooperar en el tractament, o interfereixen en el tractament.
- 2) Si el comportament del pacient li provoca més dolor i malestar que la pròpia malaltia, o incrementa innecessàriament el dolor o malestar produïts per ella.
- 3) Si les seves reaccions emocionals pertorben activitats que sense elles serien possibles, tals com llegir un llibre o mantenir contactes socials, i condueixen a l'individu a prescindir de moltes de les seves fonts habituals de gratificació.
- 4) Si les seves reaccions emocionals es manifesten en forma de símptomes psiquiàtrics convencionals. En aquest sentit, val a dir que la morbiditat psiquiàtrica en oncologia és força notable; en l'estudi (Psychog) de Derogatis et. al. (JAMA 249:751-756, 1983) un 68% dels pacients oncològics presentaven un trastorn adaptatiu, un 13% una depressió major, un 8% un trastorn mental orgànic, un 7% trastorn de la personalitat i un 4% trastorn d'ansietat, amb un total de 47 casos psiquiàtrics i 53 casos no psiquiàtrics.

Aquest diagnòstic condueix, amb freqüència, a una situació d'estrés, experimentada pel pacient com altament desagradable, que poseeix normalment quatre característiques:

- 1) *Incertesa*, com a resultat de la impossibilitat de predir esdeveniments.
- 2) *Sentiments negatius*, tals com por, ansietat o depressió.
- 3) *Pèrdua de control*, que es tradueix en sentiments d'indefensió o d'incapacitat per a influir sobre els esdeveniments.
- 4) *Amenaces a l'autoestima*, que poden procedir de canvis en el propi cos -rera una mastectomia, per exemple-, del temor a no poder seguir realitzant les tasques diàries, etc.

En l'enfoc pal·liatiu l'objectiu fonamental de la terapèutica no es ja una possible curació sinó aconseguir el màxim benestar o confort possibles per als malalts i parents –en especial per al cuidador primari o persona de referència, sigui quin sigui el vincle que l'uneixi al malalt-. Els instruments de què disposa per assolir-lo són: el control de símptomes, el suport emocional i la comunicació. El tractament, en línia amb el pensament de Saunders, és actiu i global. No es tracten tumors, dolors ni símptomes per separat, sinó persones, totalitats que pateixen.

Barreto, Martínez i Pascual (1990) assenyalen que l'actuació del psicòleg –actuuant en el sinus d'un equip multidisciplinar del que també formarien part metges, infermeres,

assistents socials y assessors espirituals (com seria el nostre cas en la tasca en la USS)- hauria de centrar-se en tres àrees concretes: 1) fomentar els recursos propis del pacient, en especial: capacitat de relaxació, imaginació, distracció, etc. que siguin adequats per afrontar la situació; 2) detectar les necessitats específiques de cada individu, essent les que s'observen amb major freqüència: soletat, ansietat/por, ira, pèrdua d'interés, dependència, depressió, insatisfacció amb l'aparença física, problemes de concentració i insomni; i 3) proporcionar suport emocional i esperança, no de curació, la qual cosa seria un engany que el pacient seria el primer en detectar, sinó de que s'atendran les seves queixes i a evitar en la mesura del possible el seu patiment.

Barreto i Bayés (1990) assenyalen, per la seva part, les pautes específiques que, en la seva opinió, han de guiar la comunicació en la situació terminal: a) la informació sols és útil quan és demandada pel malalt i la seva provisió és terapèutica; b) la informació ha de ser proporcionada per l'agent adequat; c) la comunicació ha de ser contínua i oberta, intentant aclarar el significat dels símptomes o molèsties i donar solució a la preocupació pels mateixos, així com conèixer les necessitats d'informació del pacient; d) s'ha d'explicar el que succeeix amb cadascuna de les queixes ja que, obrant així, es produeix sensació de domini i possibilitat de control del patiment, així com seguretat en l'eficàcia professional; e) s'han d'evitar els indicis innecessaris d'empitjorament; f) s'han de proporcionar missatges "amb esperança", en el sentit de possibilitat d'alleujament i/o control del patiment; g) és fonamental el manteniment de la comunicació no verbal, en especial el contacte ocular i la proximitat física; i h) és important que existeixi una gran congruència informativa, tant entre els membres de l'equip terapèutic com cap als receptors de la mateixa –malalt i familiars i/o persona de referència- amb la finalitat d'evitar recels innecessaris que incrementin la sensació d'inseguretat o generin desconfiança en el pacient.

Hem de tenir en compte que dins d'una estratègia pal·liativa, *la mort no és un fracàs*. El fracàs és que les persones morin patint –referint-nos al concepte de Saunders (1984) de dolor total- quan existeix la possibilitat d'evitar-ho.

*La muerte pertenece a la vida igual que el nacimiento.
Para andar no sólo levantamos el pie:
también lo bajamos.*

TAGORE, de *Pájaros errantes*, CCLXVII

6. Annex: Fotografies del centre



Vista de l'entrada al recinte de l'Hospital Santa Maria de Lleida



Vistes de l'entrada principal al CSMA



**Vistes del despatx on realitzem les visites psicològiques.
A la fotografia de la dreta, a mà esquerra, es pot veure la cadira on jo m'assec,
com a observadora de les sessions.**



Vista de l'entrada principal a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida (HUAV), on ens desplaçem cada dia de 10:30 a 12:30 hores a la 5^a planta d'aquest hospital per a proporcionar suport psicològic als seus malalts ingressats.



Entrada a la Unitat Sociosanitària (USS), situada a la 5^a planta de l'HUAV de Lleida.

7. Bibliografia:

- ❑ *Guía de Actuación en Atención Primària*. SemFYC. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 1998. Barcelona. (pp.219-246, 850-854, 1012, 1017)
- ❑ *El Manual Merck de diagnóstico y terapèutica*. Novena Edición. Mosby/Doyma Libros. (Capítol 12, Psiquiatria).
- ❑ Bayés, Ramón (1991). *Psicología Oncológica. Prevención y terapèutica psicológicas del càncer*. 2º Edición, actualizada. Biblioteca de Psicología, Psiquiatria y Salud. Salud 2000. (pp.98-101, 188-190)
- ❑ Bayés, Ramón (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Ediciones Martínez Roca. (pp.21-31)
- ❑ Kübler-Ross, Elisabeth (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Ediciones Grijalbo, S.A. (pp. 59-64, 73-77, 111-119, 147-149, 180-185, 337-347)

8. Webgrafia:

- ❑ Pàgina web del Hospices North Centrel Florida:
<http://hospice-cres.com/preparing.asp/>

ROSA SANSA FOIXENCH.