

MEMÒRIA PRÀCTICUM II

**Gestió de Serveis Sanitaris
Hospital de Sta. Maria Lleida.
Unitat d'aguts Servei de Psiquiatria.
Setembre – Desembre 2004**

Consultora: Tània Estapé Madinabeitia

Tutora externa: M^a Carmen Anadón

Alumna: Laura Paüls Pérez

© (l'autor/a)

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.

INDEX

1.Introducció

2.Descripció del centre

- 2.1 Característiques principals
- 2.2 Història
- 2.3 Òrgans de funcionament
- 2.4 Trets bàsics de la pràctica del centre

3.Descripció de l'activitat realitzada

- 3.1 Raons de l'elecció.
- 3.2 Agents implicats
- 3.3 Metodologia i procediments
- 3.4 Activitats
- 3.5 Temporització

4.Exposició Opcional

5.Discussió

6.Conclusions

7.Bibliografia

1.Introducció

Camp d'aplicació del Practicum: Psicologia clínica.

Nom: Hospital Santa Maria. Servei de Psiquiatria. Unitat d'Aguts.

Adreça completa del centre:

Avgda. Rovira Roure,44
25198 Lleida (Lleida)

Bàsicament, està orientat a la intervenció sobre els problemes psicològics tant de l'individu com del grup en els seus diferents contextos, mitjançant la observació, l'anàlisi, avaluació i tractament en adults.

Tasques d'observació, intervenció, orientació, diagnòstic, tractament i seguiment o derivació dels problemes de salut mental. Primeres entrevistes, intervencions, tractaments, teràpies individuals, sessions de grup, discussió de casos clínics. Tanmateix se m'ofereix la oportunitat d'assistir setmanalment a les sessions clíniques amb tot l'equip multidisciplinar on es comenten, discuteixen i aporten diferents casos que poden ser d'interès general.

2.Descripció del centre

2.1 Característiques principals

La unitat d'aguts està situada en la primera planta del servei de psiquiatria, amb fàcil accés a l'Hospital General, alhora que un accés independent. Consta de 32 llits (15 habitacions dobles i una individual) i d'aquestes una està dedicada a la UDH.

Els pacients en aquesta unitat ingressen a través del servei d'urgències de psiquiatria, o bé provenen de diferents vies d'accés:

- Iniciativa pròpia
- Centres d'assistència primària
- Centres de detenció
- Hospitals Generals.
- Casos urgents derivats dels centres de Salut Mental.

En general, pot ser derivada tota persona que presenti una atenció psiquiàtrica urgent i es trobi en el territori d'influència del servei.

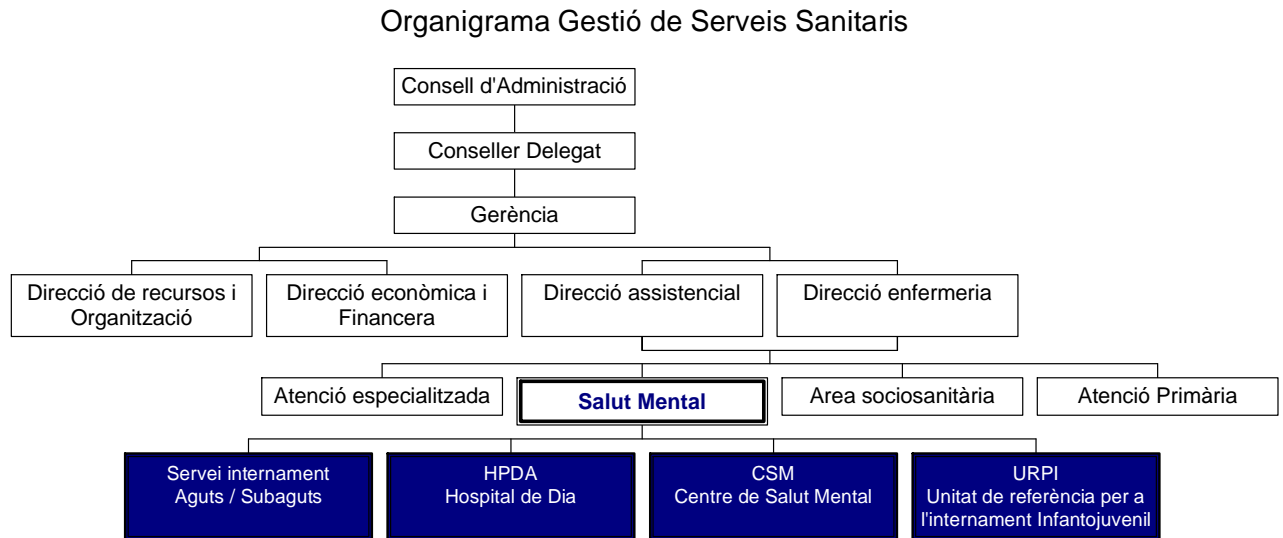
2.2 Història

L'antic Hospital de Santa Maria depenia administrativa i econòmicament de la Diputació de Lleida fins l'any 1992, any en que va ser traspasat a la Generalitat. Així doncs Gestió de Serveis Sanitaris (GSS), es una empresa pública creada l'any 1992 com a conseqüència del traspàs de les competències de la Diputació Provincial de Lleida a la Generalitat de Catalunya de tots els serveis, mitjans i recursos de que disposava la esmentada institució, bàsicament l'Hospital de Santa Maria.

Gestió de Serveis Sanitaris és una empresa multiserveis que gestiona i desenvolupa la seva activitat en els àmbits de l'atenció especialitzada: hospital i suport d'especialistes

en centres perifèrics de Tàrraga i Balaguer, àrea de Salut Mental, atenció sociosanitària i atenció primària, Centre de Planificació Familiar de Lleida.

2.3 Òrgans de funcionament



Servei internament Aguts

- 4 psiquiatres, un d'ells amb funció de coordinador.
- 1 psiquiatra para la UDH.
- 1 psicòleg clínic.
- 1 treballador social.
- 1 diplomad en Infermeria amb funció de supervisor.
- 7 diplomats en Infermeria en torns de matí, tarda i nit.
- 8 auxiliars de psiquiatria en torns de matí, tarda i nit.
- 2 cel.ladors amb torn de matí i tarda.

Organització funcional Servei Aguts

- **Reunió matinal:** De freqüència diària, assisteixen tots els tècnics de la unitat.

El contingut es bàsicament clínic:

- lectura de l'informe de guàrdia.
- notificacions del jutjat.
- incidències rellevants dels pacients
- informació dels ingressos
- assignació de metges referents
- agenda d'entrevistes familiars
- revisió de sortides terapèutiques i altes

- **Reunió organitzativa:** De freqüència setmanal, amb assistència del cap de servei, adjunts, psicòleg, treballadora social i supervisora d'infermeria.

Els continguts son:

- Anàlisis de la marxa de la unitat.
- Disseny i revisió dels programes terapèutics.
- Disseny d'estratègies d'intervenció.

- Determinació d'objectius i anàlisi del seu compliment.
- **Reunions de Coordinació:** Amb tots els serveis de salut mental, es setmanal i assisteixen els coordinadors de cada centre.
 - Intercanvi d'informació dels pacients que han utilitzat els diferents recursos.
 - Programació d'ingressos i altes.
 - Abordatge de situacions complexes que precisen d'intervencions a diferents nivells.
- **Sessions clíniques:** De freqüència setmanal, amb una duració d'una hora i mitja aproximadament. Participa tot el servei de Salut Mental i Drogodependències. Consisteix en la exposició oral per part d'un membre de l'equip sobre un cas clínic amb interès específic, des del punt de vista psicopatològic, de diagnòstic o terapèutic; o bé profundització d'un tema monogràfic, realitzant-se després un debat participatiu.

Funcions de la unitat d'aguts

- Avaluació i diagnòstic.
- Tractament intensiu i delimitat en el temps.
- Coordinació amb els diferents serveis d'atenció psiquiàtrica.
- La complementarietat assistencial amb l'Hospital general.

Criteris d'ingrés

- Patologia psiquiàtrica greu, que comporta risc vital o social amb impossibilitat de contenció ambulatoria.
- Risc autolític greu.
- Amenaces suïcides amb risc de passació a l'acte, sense suficient contenció externa i/o amb història d'actes autolesius previs.
- Alteracions conductuals greus, amb risc de dany per a sí mateix o per a altres.
- Pacients en els que sigui imprescindible un ingrés hospitalari per al seu estudi diagnòstic per:
 - Presentar clínica complexa.
 - Absència de col·laboració familiar o personal.
 - Necessitat d'observació continuada.
 - Indicacions judicials per a peritatges.
 - Indicació d'internament hospitalari per sospita d'incompliment terapèutic.
 - Fracàs repetit de tractaments previs i indicacions de noves eines terapèutiques.
 - Pacients refractaris
 - Pacients que per diferents raons (comorbilitat somàtica, efectes adversos...) precisen d'un control metge exhaustiu al introduir tractaments farmacològics.

La presa de decisió d'indicació d'ingrés haurà d'estar acompanyada de la realització d'un projecte de derivació, el qual inclourà el motiu de la indicació i els objectius de la mateixa.

Procediment d'admissió

Els ingressos poden ser de dos tipus: Programats des dels centres de Salut Mental o urgents.

El model legal d'ingrés ha de ser:

- Per urgència
- Voluntari.
- Per autorització judicial.
- Per ordre judicial.

2.4 Trets bàsics de la pràctica del centre

Descripció

La unitat d'hospitalització d'aguts es un servei assistencial destinat a prestar atenció integral a les situacions agudes en les que hi ha un risc psicopatològic greu i que requereix una intervenció immediata en règim d'internament amb actuacions clíniques intenses.

L'**objectiu** es l'abordatge multicausal i global dels pacients i de l'entorn familiar, el suport a les famílies i la remissió dels signes i símptomes del pacient en un període breu de temps.

3.Descripció de l'activitat realitzada

3.1 Raons de l'elecció

La raó principal de l'elecció va ser principalment el poder veure quina es la funció que desenvolupa el psicòleg clínic en la pràctica, en l'avaluació, intervenció en un centre psiquiàtric, així com aprofundir les tasques desenvolupades en el Practicum I

3.2 Agents implicats

La M^a Carme Anadón Navarro és psicòleg titular adjunta del servei de Salut Mental i drogodependències. Es el psicòleg a temps parcial el qual combina el seu temps en la Unitat d'aguts del servei de psiquiatria, tres dies alterns amb el CSM dos dies amb consultes externes. La seva tasca en hospitalització (aguts) es fer una valoració diagnòstica (entrevista i administració de tests) per a posterior tractament farmacològic, així com un seguiment mentre resten ingressats en la unitat d'aguts. Posteriorment son derivats a un servei extern.

Per altra banda en el **CSM** atén a consultes externes, a part, s'encarrega de la unitat de drogodependències i més específicament de dependència o addicció al joc. Porta a terme primeres visites de pacients amb trastorn de joc patològic, problemes, trastorns i malalties associats, diagnòstics addicionals. Tanmateix porta diferents grups de teràpia amb subjectes que pateixen aquest trastorn.

Les seves intervencions com a psicòloga segueixen un enfocament cognitiu conductual, en línia amb la resta de psicòlegs del servei de psiquiatria.

3.3 Metodologia i procediments

Procediment de procés terapèutic a la Unitat d'Aguts del Servei de Psiquiatria

El procés terapèutic s'inicia en el moment en que el pacient arriba a la unitat

- **Obertura de la HCM.** (Història clínica)
 - Recollida de dades administratives.
 - Recollida de dades biogràfiques
 - Anamnesis.
 - Antecedents familiars.
 - Petició de sang i orina sistemàtics d'acord amb el protocol establert.
 - Altres peticions de proves complementaries si es procedent.
 - Indicació de pauta farmacològica
 - Indicació de protocols de riscos específics si procedeix.
 - Altres indicacions mèdiques.

Aquestes actuacions estan portades a terme pel facultatiu que realitza l'ingrés, que podrà ser de la pròpia unitat en horari laboral o bé el metge de guàrdia en horari no laboral.

- **Ubicació en la unitat i pla d'infermeria.** La primera avaluació per part d'infermeria inclou:
 - Presa de constants.
 - Revisió de l'estat físic.
 - Detecció de patologies associades.

Una vegada avaluat el pacient es dissenya el pla d'infermeria que inclourà la planificació de les intervencions a realitzar d'acord amb les necessitats detectades.

- **Estudi diagnòstic.** Ho portarà a terme el facultatiu al qual se li hagi assignat el pacient i inclourà:
 - **AVALUACIÓ PSICOPATOLÒGICA** . A través de:
 - Entrevista clínica
 - Passació d'escales psicopatològiques.
 - Exploracions complementàries si procedeix:
 - Analítiques
 - Neuroimatge.
 - Radiologia
 - Electrofisiologia
 - Altres
 - **AVALUACIÓ DE DÈFICITS.** A través de:
 - Avaluació neuropsicològica realitzant un screening bàsic.
 - Avaluació de qualitat de vida.
 - Avaluació de la situació familiar.
 - Avaluació de la integració social.

- **DISSENY DEL PLA TERAPÈUTIC INDIVIDUALITZAT.**

Objectius

- Estudi diagnòstic
- Millora simptomàtica.
- Contenció de risc suïcida.

- Contenció en situació de crisi aguda.
- Treballar consciència de malaltia i adherència al tractament
- Restabliment de la pauta farmacològica.
- Rehabilitació d'hàbits d'autonomia.
- Rehabilitació social.
- Modificació de conductes desadaptades
- Pas previ a la incorporació d'altres recursos terapèutics (Unitat de subaguts, Hospital de dia, Centre de dia, Centro de mitjana i llarga estància (MILLE), Residència geriàtrica o psicogeriatràtica, Unitat de patologia dual, Centre de rehabilitació de toxicomanies, etc.)

Exploracions complementaries

- Electrocardiograma
- Electroencefalograma
- Psicometria.
- Neuroimatge.
- Laboratori.
- Interconsultes amb altres especialitats mèdiques.

Eines terapèutiques.

- Psicofarmacologia.
- Intervencions psicoterapèutiques individuals, grupals i familiars.
- Abordatge psicoeducatiu individual, grupal i familiar
- Intervencions socials i d'infermeria.
- TEC.

Objectius – activitats a nivell psicològic.

- Assistència a les reunions d'equip on es discuteixen els casos clínics amb la participació de tot l'equip multidisciplinar, es treballa sobre el diagnòstic, temps d'internament, pautes a seguir en el tractament, derivació a altres centres, etc.
- Us de tècniques d'entrevista psicològica.
- Profundització en el coneixement de la psicopatologia.
- Avaluació a través de passació de proves psicomètriques per tal de clarificar diagnòstic i valoració de deteriorament cognitiu.
- Intervencions psicològiques per intentar corregir aspectes disfuncionals, adherència al tractament i consciència de malaltia.
- Intervenció terapèutica individual i familiar.
- Potenciació de la participació familiar en el procés terapèutic.
- Participació de teràpies de grup de tipus psicoeducatiu amb l'objecte de treballar la consciència de malaltia i prevenció de recaigudes.
- Assistència a sessions clíniques que organitza el servei.
- Realització d'informes clínics.
- Participació en activitats d'investigació de la unitat.
- Coordinació amb els diferents serveis de la xarxa assistencial (sanitària, judicial, educativa,...).

3.4 Activitats. Resum de casos observats.

TERAPIA	PERIODE	DESCRIPCIÓ	SESSIONS
Individual	7 Setembre 8 Octubre	Primeres Visites	11
		Visites successives	4
		Sessions clíniques	3

	11 – 26 Octubre	Primeres Visites	5
		Visites successives	4
		Sessions clíniques	2
	29 Octubre – 9 Novembre	Primeres Visites	3
		Visites successives	5
		Sessions clíniques	2
	10 – 24 Novembre	Primeres Visites	4
		Visites successives	6
		Sessions clíniques	2
	24 Novembre – 8 Desembre	Primeres Visites	7
		Visites successives	3
		Sessions clíniques	1

Període 7 Setembre – 8 Octubre

A.S.C. (home 23a.) Bulimia.

M.R.V. (dona 78a.) Trastorn depressiu

B.O.V. (38a. Separat) Acut a urgències derivat del Jutjat d'Instrucció de la seva localitat acompanyat per ambulància i mossos d'esquadra per a ingrés. Pacient natural de Xile resident en el nostre país des de fa tres anys. Refereix estar en tràmits de separació i amb una ordre d'allunyament. Refereix que fa dos dies va anar al domicili de la seva dona mostrant-se agressiu i copejant algunes coses, posteriorment va ser portat a comissaria.

C.F.E. (dona 49a.) Ingrés per intent autolític per intoxicació de medicaments.

V. (home 76a.) Possible trastorn cognitiu tipus demència.

C. R. (dona 21a.). Esquizofrènia paranoide.

J.C.M. (home 32a) Trastorn depressiu amb intent autolític injectant-se dissolvent.

C. (dona 71a.) Ha estat cinc o sis vegades ingressada en la unitat per trastorns depressius. Se li han practicat TECs.

F.A.P. (home 35a.). Trastorn psicòtic.

M.C.G. (dona 42a.) Trastorn Obsessiu compulsiu.

N.M.B. (dona 21a.) Ingressa per control de Trastorn de la conducta Alimentaria.

Període 11 – 25 Octubre

I.H.A (dona 46a.) Trastorn depressiu amb temptativa autolítica per intoxicació medicamentosa. Dependència d'alcohol.

A.S.A (home 29a.) Se li diagnostica un trastorn ciclotímic i un trastorn paranoide de la personalitat. Consum d'alcohol i THC

J.R.C (dona 67a.) Trastorn distímic, Trastorn histriònic, personalitat amb importants trets obsessius.

J.F.T (home 52a.) Intent autolític per intoxicació medicamentosa i inhalació de monòxid de carboni.

R.M (dona 36 a.) Ingrés programat per síndrome depressiu derivat pel seu psiquiatra de referència al CSM, el Dr. Miret.

I.H.A

Dona, 47 anys

Separada amb dos fills de 22 i 24

- **Nivell d'estudis:** Formació professional administratiu, treballa d'administrativa en un Hospital de la seva localitat.
- **Motiu d'ingrés:** Acut a urgències de psiquiatria derivada per l'Hospital de la seva localitat per valoració després de temptativa autolítica. Estant sola a casa es va prendre 36 comprimits d'Orfidal (ansiolític) i Dobupal (antidepressiu).
- **Antecedents mèdics familiars:** El pare va morir fa cinc anys a causa d'una embòlia cerebral.
- **Antecedents psiquiàtrics familiars:** Mare amb depressió
- **Antecedents mèdics personals:** Al·lèrgia al contrast iodat. Histerectomitzada. Quist mamar bilateral. Apendicectomia. Insuficiència venosa.
- **Antecedents psiquiàtrics personals:** Seguiment per psiquiatra privat des de 1999 per síndrome depressiu sense millora clínica. Tres temptatives autolítiques (1999, 2002, 2004)
- **Hàbits tòxics:** Fumadora. Hàbit enòlic important. Nega altres hàbits.
- **Entorn laboral:** Fa quasi bé un any que es troba de baixa laboral per depressió. A la feina no es troba a gust ja que el seu ex marit és el gerent del mateix hospital on ella treballa. Comenta que les companyes no la recolzen lo suficient i que no hi ha enteniment entre elles.

Entorn familiar Viu sola en un pis de lloguer en un poble de la província de Lleida, on van ser traslladats (el seu marit aleshores i ella) per motius de feina fa quinze anys. Manté contacte setmanal amb els seus fills independitzats des de fa un parell d'anys. Manté relacions amb un noi de Madrid que va conèixer a la platja veient-se un cop al més aproximadament. La seva mare i germans viuen a Lleida, mantenen bona relació encara que no es veuen gaire.

Relacions socials: Viu força aïllada sense activitats socials, refereix no tenir amics.

Relacions de parella: Manté molt bona relació amb la seva parella actual, es sent força recolzada. A nivell sexual, arrel del seu estat és totalment nul·la, abans era satisfactòria.

Exploració psicopatològica a l'ingrés (per part del psiquiatra de guàrdia)

- Estat d'ànim: Visiblement abatuda, conscient, amb llenguatge coherent. Humor deprimit, trista, amb força apatia i certa anhedònia. Simptomatologia ansiosa diària.
- Vigil i orientada, col·laboradora.
- Insomni global
- Té molta paciència, però últimament està molt irritable. Nota que rendeix menys i que s'oblida de coses quotidianes. Es considera molt sensible. Últimament plora bastant. A més no se sent bé físicament.

- No presenta alteració perceptual
- Capacitat de judici no està alterada.
- Reducció de l'apetit amb pèrdua de pes.

Història

Narra que el seu quadre depressiu va començar fa cinc anys (1999) arrel de la mort del seu pare coincidint, aquesta, amb la separació conjugal. Va fer una temptativa autolítica i va començar tractament psiquiàtric particular.

Es va casar fa vint-i-cinc anys. Fa quinze anys el seu marit va ser traslladat a un poble dels Pirineus per motius de feina. En un començament el seu marit anava i venia a diari però es van adonar que estava tot el dia a la carretera i que era millor que es traslladessin tots quatre a viure a aquell poble. Ella ho retardava tant com podia ja que no volia marxar i deixar la seva família i amics. Finalment va accedir. Li va costar molt adaptar-se, els nens eren encara petits, sola sense ningú. El seu marit estava tot el dia fora de casa. Quan els nens van ser més grans es va posar a treballar cosa que li va ajudar a conèixer gent i relacionar-se.

Fa cinc anys el seu marit va dir que s'havia enamorat d'una noia bastant més jove i que l'abandonava perquè a ella no l'estimava. Coincidint amb la mort del seu pare. Poc a poc es va aïllant de l'exterior i es refugia en la beguda. Fa dos anys coneix un noi a la platja i s'enamoren, diu estar molt a gust amb ell, l'únic desavantatge és que es veuen poc. Parlen molt per telèfon i un cop o màxim dos al mes es troben o bé va ella a Madrid o ve ell. De moment diu que estan bé així tot i que reconeix que li agradaria anar-se a viure amb ell. Ell de moment no es vol comprometre.

Com he dit anteriorment ella es troba de baixa laboral, i no vol tornar a treballar, no li agrada ni el lloc ni la gent a més a més no "suporta" veure al seu ex marit. Està disposada a demanar la invalidesa deixar de treballar definitivament.

Es nega en tot moment a ser ingressada, només demana pastilles per dormir. La M^a Carmen Anadón la convenç dient-li que és el millor per ella i que si es queda li donaran el que calgui per tranquil·litzar-la.

Intervenció

En la primera visita agraeix a la M^a Carmen Anadón que la "enganyés" per a que es quedés al centre, es mostra molt angoixada i preocupada i demana un canvi d'habitació ja que no li agrada la seva companya. Comenta que no esta del tot malament en la unitat i que ja coneix a gent. Ens explica una mica com està i el que creu ella quin es el motiu del seu estat. Nega en tot moment haver tingut problemes amb l'alcohol. Diu que beu de vegades quan es troba sola però que és ocasionalment i poca quantitat. Es considera pessimista i molt sensible. Després d'una estona li comencem a passar el MMPI – II. Ella diu no estar amb la capacitat de poder llegir les preguntes i m'ofereixo per a llegir-les jo. A mida que va contestant ens va explicant més detalls sobre les seves vivències. A la meitat de la passació, més o menys, diu que esta cansada i ens demana si pot descansar una estona i anar a la sala d'estar a fumar-se una cigarreta. Accedim, quan torna continuem. Ens torna a insistir en el canvi d'habitació. En acabar el test s'acaba la sessió.

El resultat de la correcció del MMPI –II ens dona a les escales de validació (L,F,K) obté una puntuació força alta en sinceritat, per la qual cosa, es dedueix que el valor real de la resta de puntuacions podria ser superior a l'obtingut.

A les escales clíniques obté un perfil 1/2/3. (Hs/D/Hy).Els pacients amb aquest perfil reaccionen davant l'ambient amb emotivitat. Suggerix un estat d'ànim disfòric amb infelicitat, ansietat i inseguretat. Convencional, responsable i dependent amb pocs recursos per a resoldre problemes. Sentiments de culpabilitat i fracàs. Necessiten l'aprovació dels demés. Tenen necessitat d'afecte, recolzament i atenció.

En la segona visita ve contenta, l'han canviat d'habitació i es troba molt a gust amb la nova companya. Ens comenta que l'han visitada els seus fills el dia anterior i que a la tarda vindria la seva mare. També comenta que l'ha trucat el seu ex marit en assabentar-se per els fills que estava ingressada. La M^a Carmen Anadón li aconsella que vagi pensant que pensa fer al sortir. La seva intenció es deixar de treballar definitivament i venir a viure a Lleida que és el que li agrada, tot i que estarà lluny dels seus fills. Així també podrà tenir cura de la seva mare que segons diu ella "està molt gran". Se li aconsella que no demani la invalidesa, el que pot fer es demanar un trasllat aquí, però que, de moment, no deixi de treballar.

En una tercera visita ens comenta que l'han deixat sortir el cap de setmana. Ha estat a casa de la seva mare i ha vist als seus fills. Poc a poc es conscient de la seva millora. En aquesta visita estava citada també la seva mare. Ens explica que el cap de setmana ha estat molt tranquil·la, que no ha tingut necessitat de beure, ha anat a la perruqueria a posar-se maca i que ha passejat molt. Li preguntem si ha pensat en el que li vam comentar sobre el treball i ens torna a dir el mateix que ho vol deixar. Li aconsellem que s'apunti a fer activitats i esport on tindrà l'oportunitat de relacionar-se amb altra gent i amés a més se li aconsella treure's el carnet de conduir per poder ser més autònoma d'anar i venir de Lleida al poble.

En la quarta visita ve acompanyada per la seva parella, es veu una molt bona evolució. Il·lusionada i contenta, amb ganes de marxar a casa. Primer estem tots quatre i ell ens demana poder parlar a soles amb nosaltres. Ens pregunta com evoluciona i ens explica que ella és molt dependent d'ell (la qual cosa ja ens havia cridat l'atenció en els resultats del MMPI-II). Ella vol a totes deixar de treballar i anar-se a viure a Madrid, i ell comenta que no vol lligams, de moment ja que te una experiència dolenta passada amb una anterior parella i no vol tornar a passar pel mateix.

Marxen de permís de cap de setmana a la muntanya.

Evolució

S'orienta d'alteracions de conducta i de l'estat d'ànim secundaris a història d'enolisme crònic. S'instaura tractament amb Gabapentina (dosi màxima 2400 mg/d), i Fluoxetina (20 mg/d), millorant l'estat d'ànim, remetent la ideació autolítica i introduint perspectives noves de futur. S'estableix pla de reinstauració d'hàbits de vida normals, realitzant-se permisos successius a domicili amb bona resposta.

Diagnòstic:

Eix I: Trastorns de l'estat d'ànim i de la conducta la conducta secundaris a alcoholisme crònic.(291.8) Dependència de alcohol (303.90)

Eix II: TP per dependència

Eix III: cap

Eix IV: cap

Eix V: EEAG a l'ingrés: 40

EEAG a l'alta:

Tractament:

Neurontin 400 mg 2-2-2

Prozac 20 mg 1-0-0

Benexol 1-1-1

Període 29 Octubre – 9 Novembre

R. Brot psicòtic

V.I.B Trastorn depressiu major. Es la segona vegada que ingressa en la unitat d'aguts (la primera va ser a l'abril 2004, del qual vaig desenvolupar el seu cas en el diari 4 del Practicum I). Amb dos intents autolítics amb medicaments en anteriors ocasions. A l'agost del 2003 se li van practicar 5 TECS.

N.C.A. (dona 18a.) Separada degut al maltractament per gelosia per part del seu marit, amb un fill de 14 mesos i embarassada de dos mesos d'una actual parella. Li hem fet la passació del MMPI, del qual encara ens falta la correcció i del WAIS, l'aplicació del qual es va portar a terme en dues sessions amb el resultat d'un CI normal (CV 93, CP 94). En procés de valoració i estudi.

Dels casos que hem observat al llarg d'aquest mes us desenvoluparé el de N.M.B referit en el Diari II, aquesta pacient encara resta ingressat en la unitat i anem fent seguiment, tot i que en breu serà donat d'alta. He escollit aquesta pacient i no una altre perquè penso que us puc donar informació més detallada, ja que de les quatre vegades que l'hem atès li he passat jo sola el MMPI (en dues sessions) i ha sigut una pacient amb la qual hi ha hagut molta empatia per les dues parts.

N.M.B.

Dona, 21 anys
Soltera

- **Nivell d'estudis:** Fins tercer d'ESO
- **Motiu d'ingrés:** Trastorn de la Conducta Alimentaria, es proposa per ingrés amb l'objectiu de recuperar pes.
- **Antecedents mèdics familiars:** El pare va morir al 1995 a causa de la SIDA.
- **Antecedents psiquiàtrics familiars:** Mare amb quadres depressius.
- **Antecedents mèdics personals:** Amigdalectomia fa quatre mesos.
- **Antecedents psiquiàtrics personals:** No presentava antecedents psiquiàtrics previs. Fa cinc mesos inicia visites psiquiàtriques en relació amb irregularitats menstruals i control de la conducta alimentària.
- **Hàbits tòxics:** Fumadora (1 paquet diari). THC habitual (cada dia per anar a dormir). Nega hàbit enòlic, així com nega consum d'altres tòxics.

Entorn familiar: Viu amb la seva mare i el seu germà de 20 anys. Refereix no mantenir bona relació amb la seva mare, doncs la culpabilitza de tots els seus problemes. Amb el seu germà estan molt units, sempre s'han recolzat mútuament.

Entorn laboral: Treballa com a cambrera en un restaurant. Actualment esta de baixa laboral des de fa cinc mesos (ja que físicament no podia i anímicament estava sense forces, plorosa i sense energia). La relació amb els companys de feina es bona.

Relacions socials: es una noia bastant extravertida i te força amics en el poble, surten sovint en colla amb la seva parella i gent de la seva "quinta".

Relacions de parella: Manté relacions amb un noi des de fa quasi tres anys. Últimament quasi no manté relacions sexuals ja que no vol que la vegi despullada degut al seu complex de tenir poc pit. El seu novio l'aconsella que no s'obsessiona amb el tema que a ell no l'importa.

Exploració psicopatològica:

- Estat d'ànim: Humor deprimat, trist.
- Vigil i orientada, es mostra força col·laboradora. Te consciència de símptomes encara que consciència parcial de trastorn.
- Refereix hipotímia i ansietat
- Insomni de primera fase.
- Labilitat afectiva, plor fàcil.

Història

Els seus pares es van separar quan ella tenia set anys per problemes econòmics, ja que el seu pare era toxicòman. Ella i el seu germà es van quedar amb la seva mare, que segons ella explica mai va tenir cura d'ells perquè sempre estava malalta amb depressions. La N. sempre es va haver d'espavilar de tenir neta la casa i de fer el dinar per al seu germà, refereix no haver tingut una infància normal.

Els avis materns sempre han culpabilitzat a ella i el seu germà dels problemes de la mare dient-los-hi que eren uns desgraciats com el seu pare. Amb els avis paterns no hi ha hagut gaire relació perquè la seva mare sempre ho ha impedit, menyspreant-los per ser "andalusos", tot i que ella els defineix com a molt bona gent. De tant en tant quan les baralles amb la seva mare es feien "insuportables" s'escapava de casa i anava amb els seus avis paterns on sempre era molt ben acollida.

Quan tenia tretze anys va començar amb els complexos, va arribar a un pes màxim de 64 kg. Els companys de classe i del poble es reien d'ella perquè tenia més pit que ningú. Així que va començar a controlar la dieta i reorganitzar els horaris arribant a perdre 13 kg. en un any, arribant a menjar només un iogurt desnatat i aigua al dia. Fa quasi un any va anar al metge de capçalera perquè portava quasi quatre mesos amb amenorrea. Aquest li va donar un tractament hormonal i la va aconsellar de seguir un tractament psiquiàtric. Durant els últims cinc mesos, des de que va començar les visites psiquiàtriques, ha presentat oscil·lacions de pes sense tendència a una clara millora, però reconeix haver regulat l'hàbit alimentari i millorat l'ànim.

Intervenció

El que més m'ha cridat l'atenció en aquest cas es l'alteració significativa que manté la N. de la percepció o tamany del seu cos, que es centra bàsicament en la insatisfacció en el seu propi cos preocupant-se del tamany del seu pit, la qual cosa es pot associar amb una baixa autoestima. Porta tres sostenidors i quan hagi pogut estalviar vol sotmetre's a una operació d'augment de mama.

Un altre aspecte a destacar es que la N. ha aconseguit la pèrdua de pes fent dieta i deixant de menjar, no ha recorregut mai a purgues ni "atracons", per tant es una anorexia nerviosa de tipus restrictiu.

El resultat de la correcció del MMPI –II ens dona a les escales de validació (L,F,K) presenta un protocol acceptable i vàlid.

A les escales clíniques obté un perfil 1/9. (Ma/Hs). Els pacients que puntuen alt en Ma, mostren energia excessiva, absència de direcció, desorganització conceptual, són poc realistes en la seva autovaloració, són parladors amb poca tolerància a la frustració. Per altar banda al puntuar alt en Hs, mostren preocupacions somàtiques, tenen reaccions exigents a qualsevol problema, exageren els seus problemes físics, es mostren insatisfets i amb moltes queixes.

En relació a la N., aquesta presenta moltes queixes somàtiques d'estómac amb inestabilitat emocional, tensió, inestabilitat, inquietud, impulsivitat i falta de control conductual. Pot centrar-se en problemes físics per tal d'evadir els problemes interpersonals. Es mostra extravertida i participativa, exigent i confiada en sí mateixa.

Tanmateix, presenta trets obsessius i conductes estereotipades relacionades amb la pulcritud i l'ordre.

Aquest tipus de pacient exigeix perfeccionisme per part dels seus familiars amb els qui mantenen una actitud poc afectuosa, en aquest cas amb la seva mare.

Bàsicament l'objectiu principal ha sigut la normalització de la dieta i els hàbits alimentaris i en un segon lloc resoldre els problemes psicològics i familiars. Així doncs, hem treballat amb ella la seva autoestima i la consideració d'altres valors a més dels estrictament estètics. També la seva obsessió en l'augment de mama, les relacions interpersonals i la dinàmica familiar, en especial el conflicte amb la seva mare. Hem mantingut converses amb la seva mare i amb la seva àvia paterna per separat, amb la qual la N. vol anar a viure quan sigui donada d'alta.

Període 1 - 14 Maig

M.J.S (dona 40a.) Acut a urgències acompanyada de la seva parella, remesa per la Dra. Rodríguez per a ingrés per quadre de disfòria amb inhibició psicomotriu que no respon a tractament ambulatori, a més presenta anhedònia quasi total, apatia important i hipersomnia diürna. No presenta simptomatologia psicòtica ni alteracions de la sensopercepció. S'ha descartat patologia orgànica i se li han indicat TECS.

Us afegeixo informació sobre els tecs, tot i que no hi vaig tenir accés vaig preguntar informació als diferents facultatius i vaig veure la sala on es fan, només per curiositat. Els TECS es realitzen en la sala de reanimació assistida per un psiquiatra (facultatiu/va del Servei de Salut Mental i drogodependències de L'Hospital Santa Maria) i un anestesista, mitjançant la col·locació de dos elèctrodes i amb monitorització electroencefalogràfica, electrocardiogràfica i de constants vitals. Es pretén una remissió o millora de la simptomatologia presentada per la pacient, mitjançant una convulsió generalitzada a través d'un estímul elèctric.

J.F.G. (home 45a.). Trastorn adaptatiu amb alteració de les emocions i el comportament. Presenta personalitat amb trets d'introversió, tímidesa i amb dificultat per a expressar les seves emocions, manca d'habilitats socials.

V.J.B. (home 31a.) A l'atur. Ingressa en la unitat en contra de la seva voluntat en caràcter d'urgència, basant-se en els trastorns greus que presenta i la necessitat de continuar amb l'internament. Denunciat pels veïns, va passar dues nits en comissaria i portat a la unitat pels mossos d'esquadra.

I.A.C. (dona 24a.) Trastorn psicòtic a estudi. Presenta ideació delirant de perjudici, enverinament i por a malaltia. Creu tenir els intestins "destrossats" perquè hi ha dos persones que li han fet molt de mal. Consum en el passat de tòxics (THC, cocaïna i alcohol). Sentiment d'assetjament i seguiment per part del seu germà i la seva ex parella.

A part d'aquests casos també he realitzat tres entrevistes a tres immigrants ingressats a la unitat (que formen part de l'estudi descriptiu de la població immigrant de la Unitat d'aguts, portat a terme per la Dra. Puigdevall i la M^a Carmen Anadón i especificat en el primer diari).

G.I (home 26 a) país d'origen Ghana

M. J. (home 29 a.) país d'origen Gàmbia

M.G. (home 32 a.) país d'origen Cuba.

A tots tres pacients se'ls ha diagnosticat amb trastorns psicòtics, en dos dels casos possiblement induïts per substàncies, ja que són consumidors habituals de THC i

cocaïna. Amb aquests pacients no es pot fer un diagnòstic del tot acurat especialment els dos primers, a causa de l'idioma. Són immigrants sense papers ni permís de residència i a l'atur i es mostren força reticents, suspicços i recelosos. Però el que m'agradaria destacar es la poca consciència de malaltia, comú a tots tres, atribueixen les causes de la seva malaltia a causes externes com la inadaptació, les diferències culturals o influències màgiques; amb la consegüent poca o nul·la adherència al tractament.

Dels pacients que han ingressat al llarg d'aquest segon període us desenvoluparé V.J.B., l'escollit perquè és un cas que m'agradat i m'ha cridat l'atenció com a ex-politoxicòman (no m'havia trobat abans en cap cas d'aquest tipus que hagués consumit tanta variació de tòxics) i que ho reconegui tant amplament. Tot i que de moment només l'he vist dos vegades, una vegada, en la qual li vaig fer la història i la segona en la qual li vaig fer la passació de l'MMPI II.

V.J.B. (home 31a.)

Solter

- **Nivell d'estudis:** Batxillerat
- **Motiu d'ingrés:** Acut acompanyat pels Mossos d'esquadra per a valoració i ingrés per ordre judicial per alteració de la conducta amb agressivitat.
- **Antecedents mèdics familiars:** nega
- **Antecedents psiquiàtrics familiars:** Mare amb quadres depressius, segons refereix el propi pacient "a causa del seu mal comportament".
- **Antecedents mèdics personals:** nega
- **Antecedents psiquiàtrics personals:** En context de consum de tòxics va presentar quadre psicòtic als 17 anys essent ingressat en una clínica privada. Posteriorment, als 18 anys va estar ingressat de nou en una altra clínica. Als 20 anys va estar ingressat en un centre de desintoxicació.
- **Hàbits tòxics:** Antecedents de consum de tòxics (cocaïna, heroïna, amfetamina, THC i alcohol) Actualment refereix consum de THC diari i alcohol els caps de setmana. De fet, en l'analítica de tòxics efectuada a l'ingrés presenta positiu en cannabinoides a orina.

Entorn familiar: Viu amb la seva mare. El seu pare els va abandonar quan ell tenia dos anys, no ha sabut mai més res d'ell. Es va criar amb la seva mare i els avis paterns.

Entorn laboral: Actualment està a l'atur, encara que diu ajudar a un amic que regenta un bar.

Relacions socials: És un noi força extravertit. Refereix conèixer molta gent i més ara que està ajudant al seu amic al bar.

Relacions de parella: Actualment està sense parella. Diu haver tingut moltes amigues però cap parella estable.

Exploració psicopatològica:

- No mostra alteracions de l'estat d'ànim.
- Sintònic, vigil i orientat, nul·la consciència de trastorn, es mostra suspicaç en contra els veïns que l'han denunciat.
- Mostra una actitud suspicaç i recelosa.
- No presenta ideació autolítica ni idees delirants més enllà del context dels veïns.

- Agitació psicomotriu.
- Nega alteracions de la sensopercepció.
- Coherent, refereix els seus antecedents d'expolitoxicomania.

Història

El seu pare els va abandonar quan ell tenia dos anys, segons explica ell, el seu pare era alcohòlic i els maltractava físicament tant a ell com a la seva mare. Llavors després de l'abandonament, la seva mare i ell, es van anar a viure amb els avis materns, manté que el seu avi li va fer de pare, de fet no recorda res del seu pare biològic.

Sempre ha tingut problemes amb les normes ja a l'escola tenia problemes per baralles escolars amb els companys i per mala conducta amb els professors a l'aula, caracteritzat per dificultat per a controlar impulsos agressius. Es va iniciar molt aviat en el consum de tòxics (primer va fumar cannabis i haixix i després va començar amb les drogues de disseny i la cocaïna) segons diu per complicitat amb els companys i per no ser menys que ells. Tal i com he apuntat anteriorment, ha estat ingressat varies vegades en clíniques privades i centres de desintoxicació, també va estar un mes en presó preventiva per robatori amb intimidació. Refereix que quan te "ressaca" s'irrita amb facilitat i a la mínima esclata.

El passat divendres dia 19 va presentar discussió amb la seva mare al seu domicili, amb pèrdua de control, trencant objectes fins l'arribada dels Mossos d'esquadra avisats per uns veïns.

Orientació diagnòstica

El resultat de la correcció del MMPI –II ens dona que en les escales de validesa L,F,K (sinceritat, validesa i actitud davant la prova) presenta un protocol acceptable i vàlid.

A les escales clíniques obté una notable elevació en l'escala 4 (Pd, desviació psicopàtica), aquesta elevació en 4 ha sigut trobada en trastorns antisocials, alcohòlics i addictes a tòxics. A les escales de contingut obté puntuacions altes en Asp (comportament antisocial) i Cyn (cinisme). A aquest nivell suggereix un comportament antisocial, inestabilitat, irresponsabilitat. És egocèntric immadur i hostil.

Trastorn del control d'impulsos, caracteritzat per l'aparició d'episodis en els que el subjecte no pot controlar els impulsos agressius, donant lloc a violència o destrucció de la propietat. Trets paranoides de la personalitat. Abús de tòxics.

Període 24 Novembre – 8 Desembre

M.Q. (home 24 anys.) Intent autolític per intoxicació medicamentosa. Es va prendre la medicació que pren habitualment el seu germà que pateix esquizofrènia. Va presenciar com el seu germà disparava a un individu al carrer amb el qual s'havia barallat en anteriors ocasions. Des d'aleshores te malsons sobre aquell episodi i presenta afectació de l'equilibri afectiu; sentiments d'inutilitat, vergonya, desesperació o desesperança envers el futur; sensació de perjudici permanent; retraïment social; sensació de perill constant; deteriorament de les relacions amb els altres. Abús de substàncies tòxiques (Alcohol, THC, cocaïna i drogues de disseny). Orientació diagnòstica: Trastorn per Estrès Posttraumàtic.

M.C.R (dona, 26 anys). Pacient derivada pel seu MAP (Metge Atenció Primària) per alteracions conductuals, alteracions de l'estat d'ànim i agitació psicomotora. Va estar ingressada en la Unitat d'aguts al Març de 2004 i posteriorment a la Unitat de subaguts

amb abandonament del seguiment i tractament al Juny. Culpabilitza als pares de tot. Ingrés per contenció i separació de l'àmbit familiar, així com hi ha una reintroducció al tractament farmacològic. Consum habitual de cocaïna. Te diagnosticat un Trastorn antisocial i dependència a la cocaïna.

V.C (home 27 anys) Casat amb dos fills. Trastorn Bipolar, episodi maníac. Presenta un llenguatge caracteritzat per parla accelerada, redundàncies, canvis constants de tema, rimes, jocs de paraules, etc. Reflecteix taquipsíquia del pensament, en tant que hi ha fuga d'idees amb llenguatge totalment desorganitzat i incoherent. Impossibilitat de concentració, hiperactivitat general presentada en forma d'agitació psicomotora. Tanmateix es mostra eufòric i força desinhibit.

M.G.G. (home 47). Te diagnosticada una esquizofrènia paranoide des de fa set anys. Ingressa per agudització de la simptomatologia en forma d'episodi agut o brot, degut a l'abandonament de la medicació antipsicòtica i el consum de substàncies tòxiques com THC, cocaïna i al·lucinògens.

A.C.P (dona 31 anys). Intent autolític per intoxicació amb liti, després d'haver discutit amb la seva mare i la seva parella. Tractament psicoterapèutic des dels 17 anys, on va tenir el primer episodi depressiu.

T.L.B. (dona 24) Es va voler tirar per la finestra perquè volia volar, però una companya la va poder frenar. Viu en un centre d'acollida per a dones maltractades. En estudi per diagnòstic.

P. P. D.

Solter

- **Nivell d'estudis:** Alumne amb certes dificultats d'aprenentatge que li provocaven un estat d'ansietat constant. Va finalitzar l'E.G.B, havent repetit algun curs.
- **Motiu d'ingrés:** Acompanyat al Servei d'Urgències per Mossos d'esquadra degut a amenaces autolítiques.
- **Antecedents mèdics familiars:** Pare va morir de càncer.
- **Antecedents psiquiàtrics familiars:** Pare alcohòlic, mare i tia amb quadres depressius.
- **Antecedents mèdics personals:** Ulcus intestinal.
- **Antecedents psiquiàtrics personals:** Dependència alcohòlica en remissió mantinguda en els darrers 3 anys. Actualment esta abstinent amb tractament interdicator.
- **Hàbits tòxics:** Fumador (1 paquet diari).

Entorn familiar: Conviu amb la seva mare, la qual sempre ha mantingut una actitud sobreprotectora cap al pacient. Te una germana 10 anys més gran, casada amb dos fills, que resideix en una altra població motiu pel qual, no manté una relació estreta. No te altres familiars propers.

Entorn laboral: Als 17 anys i coincidint amb la mort del pare, inicia la seva vida laboral realitzant diversos treballs eventuais com aprenent i cinc anys més tard entra en el món de l'hosteleria en el que es manté durant 10 anys. Descriu aquesta etapa de la seva vida com especialment difícil, donat que el rendiment exigít li generava un elevat nivell d'angoixa, que intentava alleugerir amb consum d'alcohol i que, van ser el motiu del seu primer contacte amb el Servei de Psiquiatria fa cinc anys.

Relacions socials: S'allunyat de les seves amistats per vergonya i sentiments de culpa, ja que els hi deu diners que els havia demanat per saldar alguns deutes que havia adquirit a causa del joc.

Relacions de parella: Solter, sense haver mantingut cap relació sentimental estable.

Exploració psicopatològica a l'ingrés:

- Vigil i orientat, es mostra força col·laborador.
- Estat d'ànim: Humor deprimit, trist, manifestant apatia, anhedònia, sentiments de culpa, desesperança, vergonya i inutilitat.
- Aspecte descuidat i hipotímic.
- Labilitat afectiva, plor fàcil durant l'entrevista.
- Disminució de la gana amb probable pèrdua de pes.
- Insomni de primera i tercera fase.
- Ideació autolítica d'uns dies d'evolució, amb plans poc estructurats, havent sigut trobat en les immediacions d'un canal cabdalós en actitud absent no volent

Història

Fa uns 18 mesos inicia una relació sentimental amb una dona estrangera, a l'atur i sense papers de residència, amb dos fills petits als que ella pretén portar des del seu país un cop estabilitzi la seva situació. Sembla que acorden contraure matrimoni per tal de legalitzar la seva situació i formar una família. En un període de aproximadament dos mesos, el pacient inverteix la majoria dels seus estalvis en les despeses que suposadament comporta llogar i condicionar un pis, així com els preparatius de la boda. Totes les gestions les realitza la seva parella. Quan, com cada dissabte, es citen en una cafeteria determinada i amb la idea de comunicar a la mare del pacient els seus plans, la futura esposa no apareix. Durant uns dies, el pacient, torna al mateix lloc, i és allà on per primera vegada tira unes quantes monedes en la màquina escurabutxaques. La escena es repeteix cada vegada amb més freqüència i passats uns mesos ha demanat diners per avançar al seu cap, així com petits préstecs a la seva mare i amics.

Amb la idea de reposar els seus estalvis i saldar els seus múltiples deutes sol·licita un préstec bancari, el qual no pot amortitzar. Sense que la seva família en sigui coneixedora de cap d'aquestes circumstàncies, arriba a una situació insostenible per la gran pèrdua econòmica a la que no pot fer-hi front.

Exploració psicològica

Es practica:

HAMILTON (qüestionari d'ansietat), Es tracta d'una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referents a signes i símptomes ansiosos i l'últim que valora el comportament del pacient. Detallo els ítems més significatius en el resultat del pacient; Humor ansiós: Inquietud, Irritabilitat. Tensió: Sensacions de tensió. Fatigabilitat. Insomni: Dificultats de conciliació. Son no satisfactori, amb cansament al despertar. Funcions Intel·lectuals (Cognitives): Dificultat de concentració. Humor depressiu: Pèrdua de interès. No gaudeix del temps lliure. Depressió. Símptomes gastrointestinals: Diarrea. Pèrdua de pes. Conducta en el transcurs del test: Tendència a l'abatiment. Agitació: mans inquietes, juga amb els dits, tanca els punys, tics, apresa el mocador amb les mans.

WAIS amb un CI normal 102

MMPI analitzant el seu perfil s'observa a les escales de validesa obté una puntuació alta en sinceritat, la qual cosa ens fa pensar que el poder real de la resta de puntuacions podria ser superior a l'obtingut. A les escales clíniques te un perfil 4/2, els subjectes amb aquest perfil són impulsius i incapaços de demorar la seva satisfacció, es senten frustrats davant la carència d'èxit, així com, també suggereix depressió, irritabilitat, timidesa i aïllament social. Notable elevació en l'escala 4 (Pd, desviació psicopàtica), aquesta elevació en 4 ha sigut trobada en trastorns antisocials, alcohòlics i addictes a tòxics

SOGS (qüestionari de joc de South Oaks Gambling Screen) Qüestionari per fer diagnòstic del joc patològic. Consta de vint ítems considerant-se una puntuació de 2 a 4 com indicativa de joc problemàtic i a partir de 5 de joc patològic, que seria el cas del nostre pacient.

Evolució

S'instaura tractament antidepressiu (ISRS) amb Fluvoxamina, ansiolítics a dosis baixes i hipnòtic els primers dies. Quan hi hagi una millora anímica i d'acord amb els resultats de l'estudi psicològic s'indica ingrés en règim d'Hospital de Dia, per tal de treballar les dificultats pròpies dels seus trets patològics de personalitat, així com les relacions familiars, habilitats socials i hàbits bàsics.

Al mateix temps i després de varies entrevistes amb la seva mare i germana, s'acorda que iniciaran els tràmits necessaris per a la resolució del seu deute bancari i a la seva empresa i amics, permetent a partir de llavors i mentre sigui precís, un control estricte dels ingressos i despeses del pacient.

Finalment, s'indica, que tan aviat com el seu estat ho permeti, el pacient simultanejarà el seu ingrés a Hospital de Dia amb sessions setmanals de teràpia grupal per al tractament de la seva ludopatia.

Orientació Diagnòstica:

En els estudis psicològics realitzats durant el tractament del seu Alcoholisme, va ser diagnosticat de T.P. sense especificar per presentar trets obsessius, dependents així com de característiques de T.P. límit

Eix I: Trastorn depressiu major. Episodi únic, moderat.
Joc patològic.

Eix II: T.P. no especificat.

Eix III: Ulcus duodenal.

Eix IV:

Eix V:

SESSIONS CLÍNIQUES A DESTACAR

24/09/04: "Visió assistencial de la Psiquiatria penitenciària". A càrrec del Dr. Enric Vicens, director de l'àrea de PSQ Penitenciària del Servei de Salut Mental de St. Joan de Deu.

1/10/04: "L'assaig clínic en psiquiatria". A càrrec del Dr. Herranz. Coordinador del programa d'assaigs clínics en Sistema Nervios Central d'Astra-Zeneca.

8/10/04: "Models factorials i Trastorns de la Personalitat". El ponent va ser en Salvador Gallart, psicòleg del Servei de Salut Mental de l'hospital Santa Maria de Lleida.

15/10/04: L'Hospital de Sant Joan de Deu va convidar a tot el servei de psiquiatria a la inauguració d'un centre de curta i llarga estada en un poble prop de Lleida. Ens van fer una conferència explicant-nos el funcionament del centre i posteriorment ens van ensenyar les noves instal·lacions.

22/10/04: "Tabac i Tabaquisme, epidèmia i manipulació". A càrrec del **Dr. J. R. Calvo Fernández** Catedràtic d'Educació per a la Salut Universitat de Las Palmas de Gran Canaria.

12/11/04: Esquizofrènia i genètica. Cap a una redefinició de les psicosis?. Ponent: Dr. S. Miret. Psiquiatra del Servei de Salut mental i Drogodependències de l'Hospital Santa Maria.

19/11/04: Tratamiento i reinserción del agresor en la violencia de género. Ponent: Dr. J. Lluç. Psiquiatra Centre Penitenciari de Ponent.

5/11/04: **EMCA** Gestió de la qualitat assistencial: Dra. E. Montel Dra. E. Rodríguez. Psiquiatres Servei Psiquiatria del L'Hospital Santa M^a. El Programa EMCA es una iniciativa institucional, amb la finalitat de potenciar la implantació de les activitats relacionades amb la gestió de la qualitat en el Sistema de Salut.

22/10/04: "Els secrets de família i la influència en la psicopatologia". A càrrec del Dr. Baró. Psiquiatra i professor de la Universitat de medicina de Lleida.

3/12/04: "Actuació del tractament del Trastorn Bipolar". A càrrec la Dra. M. Mur Psiquiatra. Servei Psiquiatria del L'Hospital Santa M^a.

També vull fer referència que al llarg d'aquest mes estic assistint a un curs de Formació Continuada, dirigit als Professionals dels Serveis de Salut Mental, organitzat pels serveis de Salut Mental i Drogodependències de l'Hospital de Santa Maria, i que se m'ha donat l'oportunitat d'assistir-hi per mediació de la M^a Carmen Anadón.

Aquest curs anomenat "Psiquiatria i Salut Mental des d'una perspectiva transcultural" (4, 11, 18 i 25 de Novembre 2004 de 16.00 a 21.00 h.) té l'objectiu d'aprofundir els coneixements sobre aspectes relacionats amb els problemes de salut mental des de la perspectiva transcultural. Portat a terme per: Dr. F. Collazos, Servei de Psiquiatria de l'Hospital Vall d'Hebrón. UAB, el Dr. A. Qureshi Burckhardt, Doctor en psicologia, S. Psq. Hosp. Vall d'Hebrón. UAB i la Dra. F. Soler Llobet del Servei de psiquiatria de l'Hospital de Mataró.

Tanmateix vaig assistir juntament amb la M^a Carmen Anadón al **II Seminari Internacional sobre actualitzacions en psicologia clínica**, organitzat pel Hospital Universitari de Bellvitge, amb el tema "Teràpia cognitiuconductual en trastorns obsessivocompulsius" a càrrec de Edna B. Foa (Catedràtica de Psicologia clínica i directora del Center for the Teratment and the Study of anxiety, de la Universitat de Pensilvania).

3.5 Temporització

El Practicum I ha tingut una durada de 169 hores realitzades entre el 2 de Març i el 12 de Juny de 2004, corresponent al segon semestre del curs acadèmic 2003 – 2004. En el quadre resum es poden veure les hores englobades per quinzenes, recollides en els diaris quinzenals lliurats al llarg del semestre, a més hi ha afegides les hores que tot i no estar reflectides en els diaris quinzenals serveixen per al còmput final d'hores.

PERIODE	HORES
7 Setembre – 8 Octubre	30
11 – 26 Octubre	20
29 Octubre - 9 Novembre	10
10 – 24 Novembre	20
24 Nov. – 8 Desembre	25
TOTAL	105

4. Material

Els tests que més s'utilitzen són el MMPI II i el WAIS III. Gairebé sempre són utilitzats per demanda del/la psiquiatra que porta al pacient. S'utilitzen bàsicament per confirmar diagnòstic, per asseverar algun trastorn de personalitat o bé per descartar algun tipus de disfunció (per exemple a nivell a cognitiu).

Escala d'impulsivitat de Plutchik,

Es una escala dissenyada per avaluar conductes impulsives. Consta de 15 ítems que es refereixen a la tendència del pacient a "fer les coses sense pensar" o de forma impulsiva. Tots ells, es relacionen amb una possible manca de control sobre determinades conductes:

- Capacitat per a planificar (3 ítems)
- Control dels estats emocionals (3 ítems)
- Control de les conductes de menjar, gastar diners o mantenir relacions sexuals (3 ítems)
- Control d'altres conductes (6 ítems)

Les respostes es recullen en una escala de freqüència que es puntua de 0 a 3.

Test AUDIT

Consta de 10 ítems que exploren el consum d'alcohol del subjecte, així com els problemes derivats del mateix. Cada ítem compta amb criteris operatius especificats per assignar les puntuacions corresponents.

SCID-IV

Entrevista clínica estructurada per als trastorns de la personalitat de l'Eix II del DSM-IV, aquesta avalua mitjançant un sistema de mòduls els símptomes essencials de cada pertorbació. Proporciona una avaluació estandaritzada i completa dels trastorns de la personalitat.

CAMDEX

Es la prova d'exploració Cambridge revisada per a la valoració dels trastorns mentals en la vellesa. El CAMDEX és un instrument diagnòstic que permet identificar la demència, diferenciant-la tant d'altres trastorns mentals com del procés normal d'envelliment. La prova esta integrada per:

- Una entrevista clínica estructurada que recull informació sistemàtica sobre el trastorn actual i sobre els antecedents personals i familiars.

- Una breu bateria neuropsicològica (CAMCOG) que inclou un ampli nombre de tests objectiu per a la valoració de la funció cognitiva.
- Una entrevista estructurada a realitzar amb un familiar o un altra persona que pugui informar per tal d'obtenir, de manera independent, informació de l'estat actual del pacient i la seva història mèdica.

HAMILTON (qüestionari d'ansietat). L'objectiu d'aquest qüestionari és valorar el grau d'ansietat en pacients prèviament diagnosticats. Es tracta d'una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referents a signes i símptomes ansiosos i l'últim que valora el comportament del pacient durant l'entrevista. S'ha de complimentar pel terapeuta després de l'entrevista, la qual no ha de durar més de trenta minuts. Cada ítem es valora en una escala de 0 a 4 punts. Hamilton reconeix que el valor màxim de 4 es principalment un punt de referència i que rarament hauria d'arribar en pacients no hospitalitzats.

SOGS (qüestionari de joc de South Oaks Gambling Screen) Qüestionari per fer diagnòstic del joc patològic. Consta de vint ítems considerant-se una puntuació de 2 a 4 com indicativa de joc problemàtic i a partir de 5 de joc patològic.

ENTREVISTA ESTUDI DESCRIPTIU DE LA POBLACIÓ IMMIGRANT DE LA UNITAT D'AGUTS.

Diagnòstic psiquiàtric a l'alta:

- Trastorns psicòtics.
- Trastorns afectius.
- Trastorns adaptatius.
- Trastorns de personalitat.
- Trastorns relacionats amb tòxics.

CSM de referència:

Reingrés:

- Si
- No

Dades demogràfiques sociofamiliars i laborals

País d'origen:

Edat:

Estat civil:

Nivell d'estudis:

Raons de decisió d'immigració:

- Econòmiques
- Laborals
- Familiars
- Altres

Raons per escollir Espanya:

- Proximitat
- Cultura
- Clima
- Expectatives laborals

- Experiència d'altres immigrants
- Altres.

Mitjà de transport a l'immigrar.

- Regular
- Irregular

Temps de permanència al nostre país.

- 0 a 3 anys
- 3 a 6 anys
- 6 a 9 anys
- Més de 9 anys

Situació legal

- Papers de residència
- Sense papers

Idioma amb el que es comunica.

- Català
- Castellà
- Anglès
- Francès
- Idioma d'origen

Domini de l'idioma en el que s'expressa.

- Alt
- Regular
- Baix
- Molt baix

Familiars que resten en el país d'origen

- Cònjuge i /o fills
- Pares i/o germans
- Parents pròxims
- Altres

Tipus de vivenda

- Pròpia
- Lloguer
- Pensió
- Centres d'acollida
- Altres

Persones amb les que conviu

- Cònjuge i fills
- Germans
- Parents pròxims
- Amics
- Altres

Nombre de persones amb les conviu.

- 0 – 3
- 3 – 7
- Més de 7

Nucli social de relació:

- Grup familiar
- Grup primari d'origen
- Companys de feina
- Altres

Situació laboral

- Contracte laboral fix.
- Contracte laboral temporal
- Treball sense contracte
- Atur laboral
- Altres.

Te creences religioses diferents a la catòlica?

- Si
- No

En cas afirmatiu, manté els rituals religiosos d'origen?

- Si
- No

En cas negatiu, per què?

- Per Adaptació
- Per dificultats d'acceptació social
- Altres

S'han complert les expectatives?

- Si
- No

Antecedents psiquiàtrics i dades psicopatològiques.

Antecedents psiquiàtrics familiars:

- Si
- No

Antecedents psiquiàtrics personals.

- Si
- No

En cas afirmatiu, tractament en el país d'origen:

- Si
- No

En cas afirmatiu, quin tipus de tractament?

- Farmacològic

- Psicològic
- Teràpies alternatives
- Altres.

Ingressos psiquiàtrics previs:

- Si
- No

Tipus legal d'ingrés.

- Voluntari
- Autorització judicial
- Ordre judicial

Consum de tòxics

- Si
- No
- En el passat

En cas de consum, quin tipus de tòxics

- Alcohol
- Opiàcis
- Cocaïna
- THC
- Psicofàrmacs
- Drogues de disseny
- Altres

Ha esta visitat a urgències de psiquiatria abans de l'ingrés?

- Si
- No

En cas afirmatiu, quina freqüència en els últims tres mesos?

- 0 – 2
- 3 – 5
- Més de 5

Procedència:

- Iniciativa pròpia
- Iniciativa familiar
- Derivació MAP
- Derivació des de l'Hospital General
- Centre de detenció
- Altres.

S'ha sentit acollit i/o comprès durant l'ingrés?

- Si
- No

En cas negatiu, per què?

- Dificultats idiomàtiques
- Diferències culturals

- Tracte hostil
- Vivència de rebuig
- Altres.

Antecedents d'experiències similars al país d'origen?

- Si
- No

En cas afirmatiu, com va ser tractat?

- Medicaments
- Altres substàncies curatives.
- Intervenció de persones amb poders.
- Rituals propis del seu mitjà cultural.
- Altres.

Consciència de malaltia

- Si
- No

En cas negatiu, a què atribueix el que li passa?

- Inadaptació
- Immigració
- Influències màgiques
- Altres.

Ha experimentat millora en el seu estat durant l'ingrés?

- Si
- No

En cas afirmatiu a què ho atribueix?

- Medicaments
- Estada
- Acompanyament
- Altres

Creu que ha de continuar el tractament ambulatoriament?

- Si
- No

En cas negatiu, per què?

- Es nociu
- Està curat
- No ha estat malalt
- Utilització de teràpies alternatives
- Altres.

En cas afirmatiu, hi veus dificultats?

- Si
- No

En cas afirmatiu, quines?

- Preu
- Obtenció de receptes
- Desplaçaments
- Altres

En cas de reingrés, continuïtat del tractament pot alta prèvia?

- Si
- No

4. EXPOSICIÓ OPCIONAL

L'exposició opcional va estar centrada sobre **Ludopatía**, considerada com un Trastorn del comportament de quina incidència ha augmentat darrerament de forma important i que suposa un dels reptes assistencials més important en l'actualitat. Tant l'APA com la OMS consideren el joc patològic com un trastorn del control dels impulsos. La persona que pateix aquest trastorn es va fent de forma crònica i progressiva, incapaç de resistir-se a l'impuls de jugar. L'impuls persisteix i progressa en intensitat i urgència, consumint cada vegada més temps, energia, recursos emocionals i materials de que disposa l'individu.

Per tal de no tornar a repetir tota l'exposició afegiré l'índex:

1. Introducció
2. Definició de Ludopatía o Joc Patològic
3. Funcionament del Programa de Ludopatía en el CSM (Centre de Salut Mental)
4. Criteris d'inclusió de pacients
5. Avaluació
6. Objectius terapèutics
7. Tractament
8. Característiques terapèutiques del grup
9. Estudi descriptiu transversal
10. Descripció de la mostra.
11. Trets de personalitat
12. Tipus de teràpia i curació.
13. Estat civil i adherència al tractament
14. Forma d'inici i alta.
15. Antecedents de Ludopatía
16. Alcohol i Ludopatía.
17. Recolzament familiar.
18. Conclusions

5. Discussió

Com a objectiu a nivell personal en el primer Practicum m'havia plantejat tenir la primera presa de contacte amb els pacients, intentar posar en pràctica tot el seguit de continguts i teoria de les diferents assignatures que fins llavors havia cursat. En general, l'objectiu era arribar a poder fer orientació, diagnòstic, tractament i seguiment dels problemes de salut mental d'aquells casos que acudeixen al centre en busca d'ajuda i orientació psicològica, més específicament veure quin es el funcionament d'un centre de salut mental així com veure, in situ, quina es la tasca que desenvolupa un psicòleg clínic, integrant-me gradualment en les tasques del centre. Tanmateix

aprendre a administrar i valorar les diferents eines psicomètriques més emprades dins l'àmbit clínic.

Crec que al llarg de tot el Practicum I vaig assolir tant els objectius personals com els generals, proposats en un començament en el pla de treball. Per una banda vaig realitzar el primer contacte amb pacients i vaig poder veure i observar in situ quin era el rol del psicòleg i la tasca que aquest desenvolupa en la unitat d'aguts de psiquiatria; bàsicament avaluació i diagnòstic i més en un segon pla intervenció (degut a que malauradament la manca de llits fa que els pacients que presenten una remissió parcial en el seu trastorn o malaltia són derivats a altres centres, la qual cosa impossibilita de vegades poder fer una bona intervenció). I per altra, penso que vaig assolir tota una sèrie de coneixements pràctics (passació de tests i valoracions) i potser, indispensables per tal d'arribar a desenvolupar una bona tasca.

Al llarg d'aquest segon Practicum l'objectiu general que em vaig plantejar, un cop assolit l'apropament al món professional del psicòleg clínic al llarg del Practicum 1, va ser, intentar consolidar els coneixements adquirits en la realització del primer Practicum, aplicant i posant en pràctica les metodologies emprades per part de la unitat, així com un aprofundiment en el coneixement de la psicopatologia.

Les activitats i o accions que, penso, m'han permès assolir aquests objectius en el treball al centre han sigut:

- Ús de tècniques d'entrevista psicològica
- Avaluació mitjançant la passació de proves psicomètriques per tal que ajudin a clarificar el diagnòstic i/o valoració de deteriorament cognitiu.
- Intervencions psicològiques per tal d'intentar corregir aspectes disfuncionals, adherència i consciència de malaltia.
- Intervenció terapèutica individual i familiar.
- Potenciació de la participació familiar en el procés terapèutic
- Assistència a sessions clíniques que organitza el servei.
- Realització d'informes clínics.
- Participació en activitats d'investigació de la unitat.

Tal i com vaig deixar palès en les valoracions individuals, penso que la realització del Practicum ha sigut molt positiva. Hi ha hagut molt bona connexió entre la M^a Carme Anadón, tutora externa i jo. En tot moment ha estat pendent de mi, aconsellant-me i donant-me les pautes adients d'intervenció. He col·laborat amb ella en diferents estudis, com per exemple en la elaboració de la seva Sessió Clínica sobre Abús sexual infantil i també en l'estudi que està realitzant juntament amb la Dra. Puigdevall sobre els pacients immigrants que ingressen en la unitat d'aguts. Col·laboracions, de les quals, també hi he tret molt profit.

Finalment, també m'agradaria anomenar la figura de la tutora interna Tània Estapé tot i que en un començament em va semblar molt rígida en les seves valoracions he de reconèixer que m'han servit per tornar a pensar en les meves reflexions sobre els casos exposats en els diferents diaris i veure altres aspectes que de vegades poden ser passats per alt i que també són importants per tal d'anar superant-se un mateix, així com aprofundir en diferents temes importants per a la pràctica del psicòleg clínic.

6. Conclusions

Només volia comentar que he gaudit força de l'oportunitat de poder fer el Practicum II en la unitat d'aguts del servei de psiquiatria i intercanviant experiències pràctiques amb

el personal que hi col·labora des d'un enfocament cognitiu - conductual i amb l'assoliment de la utilització de tècniques d'avaluació i intervenció i d'eines psicològiques emprades en l'àmbit clínic.

Tanmateix he gaudit dels casos tant singulars que hem tingut. De tots els que hi ha apuntats penso que tots són força interessants i dispars. Si que la majoria poden tenir un diagnòstic semblant, però les cada cas és molt particular.

Un cop immersa en la pràctica laboral se es més conscient que la demanda d'atenció en Salut Mental va augmentant de forma progressiva. Aquest fet, probablement respon a la influència de diferents factors com per exemple:

- La creixent prevalença dels trastorns mentals greus i sobre tot, menys greus en la població general.
- L'augment dels factors de risc amb repercussió sobre la salut mental:
 - Increment de l'abús de substàncies
 - Canvis en la estructura familiar i social, amb la conseqüència de menor suport, solitud, desestructuració,...
 - L'atur, la pobresa i la influència creixent de les migracions.
 - L'augment de la detecció de la morbiditat psíquica per part dels metges d'atenció primària.
 - Un major coneixement i desensibilització de la població general respecte als problemes de salut mental.
 - L'increment progressiu de problemes de salut emergents i de fort impacte social com son els alimentaris.
 - La mortalitat per suïcidi en adults joves i també en la tercera edat.
 - Les greus repercussions personals, familiars i socials dels trastorns mentals severes.

7. Bibliografía

- Garrido M., Jaén P., Domínguez A., **Ludopatía y relaciones familiares. Clínica i tratamiento.** 2004 Barcelona. Ediciones Paidós.
- Beck A., Freeman A., et al. **Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad.** 1995 Barcelona. Ediciones Paidós.
- Jarne A., Talarñ A. **Manual de psicopatología clínica.** 2000 Barcelona. Ediciones Paidós.
- López, J., Valdés, M., **DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** 2002. Barcelona. Ed. Masson.
- Nichols D.S., **Claves para la evaluación con el MMPI-II.** 2002 Madrid. Tea Ediciones.
- Barroso J., Junqué C., **Neuropsicología.** 1997 Madrid Editorial Síntesis.
- Stahl S.M., **Psicofarmacología esencial.** Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas. 2002 2ªed. Barcelona. Ariel Neurociencia.
- Revista de Toxicomanías RET. N° 39 Segundo semestre – 2004. **“Entrevistas motivacionales a pacientes psiquiátricos internos con desórdenes de consumo de sustancias”.** Baker A, Lewin T, Reichler H, Carr V, y cols.

- Revista de Toxicomanias RET. Nº 39 Segundo semestre – 2004. “**Terapia racional emotiva aplicada al tratamiento del juego patológico**”. Niceto González Valerio, Psicólogo de la asociación de Alcoholdependencias de La Coruña. Sección Ludopatías.
- Psiquiatría Biológica. Publicación oficial de la sociedad española de psiquiatría biológica. Volumen 9, suplemento 2, 2002: “**Trastornos por impulsividad: 29-34 Tratamiento Psicoterapéutico**”.
- J. Vallejo Ruiloba, **Introducción a la psicopatología y la psiquiatría**. 1994 Barcelona. Masson