

(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 o dels límits que autoritzi la Llei de Propietat Intel·lectual.

ÍNDEX

	Pàg.
- RESUM -----	2-3
- DESCRIPCIÓ DEL CENTRE :	
• Missió i valors-----	4-6
• Filosofia i model d'atenció-----	6
• Organigrama-----	7
• Plantilla-----	8
• Funcions del psicòleg-----	8-10
• Distribució torns i horaris -----	10-12
• Ratios-----	12
• Programa de treball interdisciplinari-----	13-15
• Espais de supervisió -----	15-16
• Organització del temps dels pacients -----	16-18
- CARACTERÍSTIQUES DE LA POBLACIÓ ATESA :	
• Distribució per edats-----	19
• Distribució per sexe-----	20
• Nivell de desenvolupament mental-----	21
• Etiologia-----	21
• Problemes associats a la disminució-----	22
• Nivell d'autonomia ; alimentació, higiene personal-----	23
• Trastorns del comportament-----	24
• Trastorns somàtics-----	24
• Alteracions motores-----	25
• Dèficits sensorials-----	25
- ACTIVITATS.	
• CASOS CLÍNICS PRESENTATS -----	26-51
• ASPECTES TEÒRICS (ICAP I COMUNICACIÓ)-----	51-69
• ACTIVITATS VARIES :	
• Utilització de l'ICAP -----	69
• Musicoteràpia -----	69-70
• Mort d'un usuari-----	70-71
• Formació -----	71-72
• Reunions -----	72-73

Dolors Colominas Simón

• Preparació sortida -----	73-74
• Reunió documentació -----	75
-CONCLUSIONS -----	75-77

RESUM

Aquesta memòria recull el treball realitzat en el període de pràctiques d'aquest semestre dins el curs 05-06 de la carrera de Psicologia . Les pràctiques han estat realitzades en una residència per a disminuïts Psíquics profunds anomenada "Josep Mas i Dalmau ". És un centre especialitzat de caràcter públic que pertany a l'ICASS (Institut Català d'Assistència i Serveis Socials del Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya) i gestionat per l'empresa privada GECESSA (Gestió de centres sociosanitaris)

Serveis ; Centre de dia i Residència . El **centre de dia** disposa de 13 places. El servei és de caràcter diürn i l'atenció que s'ofereix és de dilluns a divendres amb un horari aproximat de 9h. a 18.30h. La **residència** disposa de 51 places . El servei atén a aquestes persones tots els dies de l'any les 24 hores del dia

Les condicions d'accés tant en un servei com en un altre són:

- Els usuaris han de ser majors de 18 anys
- Estar valorat i diagnosticat pel CAD (Centre d'atenció al Disminuït) de disminució psíquica profunda o severa amb trastorns de conducta
- Haver demanat plaça per part de la família o el seu representant legal en el servei especialitzat CAD
- Viure en la zona ja que es respecta el principi de sectorització dels serveis . La zona d'influència és el Baix Llobregat
- Indicació i proposta pels professionals de l'equip del CAD als serveis territorials d'atenció a les persones de l'ICASS
- Resolució per part de l'ICASS d'aprovació de la plaça

En les tasques realitzades calen destacar :

- Observació de l'exercici de la Psicologia en diverses situacions i funcions
- Participació en intervencions i activitats dins l'àrea de la Psicologia
- Ús de tècniques específiques
- Contacte amb la població destinatària (disminuïts psíquics profunds i severs amb trastorns de conducta i llurs familiars)
- Relació amb altres professionals, serveis o àmbits
- Immersió en l'àmbit relacional de l'organització, el seu llenguatge, disciplines laborals, coneixement de la seva estructura, dels seus projectes i activitats
- Aproximació i coneixement de contextos
- Estudi i coneixement expert entorn a la problemàtica concreta

Coneixement del centre de pràctiques :

- Coneixement de la Institució, funcionament, estructura
- Coneixement de les funcions del psicòleg i d'altres professionals que hi treballen
- Coneixement de l'àrea territorial d'influència de l'acció del servei, tipologia de la població, entitats.....
- Coneixement de la problemàtica o camp d'intervenció

Desenvolupament de coneixements i habilitats d'intervenció

- Utilització de la tècnica de l'entrevista
- Realització de diagnòstics psicològics i pla d'intervenció
- Elaboració de registres i documentació
- informació , assessorament i tractament als usuaris, famílies i personal
- derivacions de les situacions ateses a un altre servei i/o professional
- He participat en un projecte del centre
- He participat com a observador diferents situacions grupals

En el centre i des de l'àrea del Departament de psicologia es pot treballar des de diferents nivells . Els nivells d'intervenció que calen destacar són ;

- Atenció a l'usuari a nivell individual i grupal mitjançant l'elaboració del PAI i la posta en marxa de projectes com poden ser l'elaboració , execució i avaluació d'un taller i el projecte de comunicació alternativa
- Atenció familiar i/o al representant legal, amb l'objectiu de oferir el suport psicològic que necessitin. Entrevistes diagnòstiques , d'informació i assessorament , de derivació si s'escau d'aquells casos que es considerin als recursos que puguin realitzar tractaments ; centre de salut mental (CAP, consulta privada.....)
- Intervenció a nivell de l'Equip interdisciplinari . Saber i entendre la missió i la cultura de l'organització .Analitzar la dinàmica del grup de treball interdisciplinari per tal d'entendre el funcionament intern del grup . Aprofundir en l'organització i la política d'empresa per tal d'entendre el binomi contractació - qualitat del servei
- Treball amb la comunitat. Sensibilitzar i treballar amb els recursos de la comunitat per tal de millorar la qualitat de vida dels usuaris del centre

DESCRIPCIÓ DEL CENTRE

1. FUNCIONAMENT DEL CENTRE.

Missió i valors

Les persones afectades de deficiència mental profunda requereixen un entorn molt estructurat i una atenció i supervisió constant.

En ser una deficiència, generalment, detectada en néixer i, altament invalidant, té una repercussió molt important en les famílies que atenen les persones afectades. Les repercussions en la família poden ser físiques i/o psicològiques i tenen caire individual, familiars i social.

L'atenció de qualitat a les persones afectades de deficiència mental profunda requereix d'una bona preparació tècnica i a la vegada d'una motivació especial per fer-ho. És necessari mantenir i potenciar aquesta motivació amb el pas del temps.

En coherència amb aquesta repercussió personal i familiar i la necessitat de disposar de professionals preparats i motivats per garantir una atenció de qualitat, la residència "Josep Mas i Dalmau" es posiciona amb la següent missió:

Missió

■ *En relació a la persona afectada*

La missió de la Residència Josep Mas i Dalmau és oferir una atenció integral i individualitzada a cadascuna de les persones ateses en règim residencial o de

centre de dia que, a proposta del Servei d'Atenció a les Persones Disminuïdes, ingressen en el Centre. L'objectiu de l'atenció és millorar la seva qualitat de vida.

■ *En relació a les famílies*

És també missió del centre oferir ajut i suport als familiars de les persones ateses per tal que assoleixin el màxim grau de satisfacció d'acord amb les seves necessitats i expectatives pel que fa al benestar dels seus fills i del nucli familiar.

■ *En relació als treballadors*

Pretenen finalment afavorir el desenvolupament personal i professional del personal d'atenció directa del centre en particular, i de tots els treballadors i treballadores en general.

Valors

L'atenció que es presta a la Residència "Josep Mas i Dalmau", es fonamenta, bàsicament, en els següents valors:

- **Dignitat** entesa com a reconeixement del valor intrínsec de la persona amb independència de les seves circumstàncies i, respectant la seva individualitat, i les seves necessitats personals. Cal doncs, donar-los sempre un tractament respectuós.
- **Elecció** entesa com a possibilitat d'escollir lliurement entre diverses opcions possibles. En el cas de les persones ateses, aquesta elecció és exercida principalment pels familiars.
- **Participació** entesa com a possibilitat de la família d'incorporar-se al procés assistencial de les persones ateses i dels professionals d'aportar els punts de vista individuals que enriqueixen i milloren l'actuació col·lectiva.

▪ **Satisfacció** entesa com a realització de les aspiracions personals i desenvolupament de les capacitats de cada persona en tots els aspectes de la vida quotidiana. Això implica donar resposta a les expectatives de les persones ateses, de les seves famílies i dels professionals del centre.

Filosofia i model d'atenció de la residència Josep Mas i Dalmau.

La persona afectada per una disminució psíquica constitueix, a l'igual que la resta de persones, una entitat única amb una història particular i una manera de ser específica amb una família concreta.

Partint d'aquest supòsit el màxim objectiu és oferir una atenció integral i individualitzada d'acord amb la seva dimensió biològica, social i psicocultural.

Entenen la residència com el continent que acull tant la persona afectada per una disminució com els seus familiars essent fonamental entendre i recollir la dinàmica relacional establerta entre ells al llarg del temps. És per això que es valoren les aportacions i suggeriments (sigui quina sigui la forma com s'expressin) que els familiars fan respecte a la cura dels seus fills.

L'objectiu no és substituir els pares en l'atenció del seus fills, o demostrar que una institució pot fer-ho millor, ans al contrari el treball del centre ha d'estar encaminat a ajudar i donar suport a la família en la difícil tasca de tenir cura d'una persona greument afectada per una disminució.

El model i al mateix temps l'objectiu que guia l'atenció vers els disminuïts psíquics profunds és entendre l'ajuda com un procés dinàmic que permet desenvolupar les possibilitats de la persona deficient, del seu grup familiar i del personal que treballa en el centre.

La filosofia està basada en un enfocament biopsicosocial, que acull i atén el resident amb la seva alteració psíquica, les seves patologies associades, amb els seu món afectiu i relacional i amb la seva història sociofamiliar.

Organigrama 2006.

L'organització del centre, tal i com s'ha explicat en els apartats de valors i de filosofia de la residència, gira entorn de l'usuari (persona atesa) i de la seva família. Adjunt s'incorpora l'organigrama funcional de la residència



Plantilla

El personal és el bé més preuat de la empresa, i com a tal l'eix vertebrador del servei que ofereixen

En aquest sentit, és un deure de la direcció del centre esforçar-se per disposar d'un personal amb un bon nivell tècnic, un perfil psico-professional adequat i un alt grau de motivació.

Es basen en crear una identitat i cultura institucional pròpies, basades en el saber professional acumulat gràcies a l'experiència que donen els anys de treball, la conceptualització i l'explicació teòrica de la feina que es realitza i, sobretot, en el fet de sentir-se partícip d'un projecte comú.

El plec de clàusules tècniques que regula el contracte de gestió estableix els ratios mínims de personal del centre així com els perfils dels diferents professionals.

Funcions professionals

Psicòleg

- Afavorir que la persona disminuïda (client) pugui exercir els drets inherents a la persona humana.
- Contribuir per que valors de dignitat, participació i elecció siguin inclosos en objectius de la praxis professional de l'atenció al disminuït.

- Explorar, valorar i realitzar el diagnòstic de les capacitats psicològiques del client.

- Detectar les necessitats psicopedagògiques del client:
 - Conèixer aspectes rellevants de la dinàmica familiar i informació rellevant del client.
 - Recollir observacions realitzades pels familiars del client.
 - Realitzar avaluacions directes mitjançant l'observació del client.
 - Dissenyar les intervencions psicopedagògiques a realitzar.

Elaborar, fer seguiment i avaluar els programes psicopedagògics

- Confeccionar instruments de recollida de dades.
- Organitzar i fixar objectius dels programes grupals juntament amb personal d'atenció directa .
- Organitzar i coordinar el programa de sortides i excursions del centre amb l'assistent social.
- Coordinar el programa d'estimulació basal i fisioteràpia juntament amb el fisioterapeuta del centre.
- Coordinar el programa d'activitats ocupacionals dins del centre amb el personal d'atenció directa.

Famílies

- Facilitar que les famílies puguin participar i col·laborar en el procés d'atenció i en les activitats que organitza el centre.

Assessorar i donar suport psicològic al personal d'atenció directa.

- Atendre i recollir inquietuds, preocupacions i sentiments dels personal d'atenció directa.

- Dissenyar i posar en pràctica programes informatius/formatius dins del personal d'atenció directa.

Participar en reunions diàries interdisciplinàries d'elaboració, coordinació, avaluació i seguiment del programa d'atenció individualitzat interdisciplinari (PAII), amb l'objectiu de valorar amb la resta de professionals del centre la situació i evolució de cada un dels clients.

Distribució de torns i horaris.

Auxiliars tècnics educatius de dia

En torns de matí o tarda.

Horaris de dilluns a divendres: Matí de 8 a 14,45 hores / Tarda de 14,45 a 21,30 hores. Un dissabte i diumenge cada 4 setmanes: Horari: de 8 a 20 hores

Auxiliars tècnics educatius de nit

En torns d'alternar una setmana: dilluns, dimecres, dissabte i diumenge, i la següent dimarts, dijous i divendres.

Horaris de dilluns a divendres de les 21,30 a les 8 hores

Dissabtes i diumenges de les 20 a les 8 hores.

Auxiliars tècnics educatius de suport

Suport dies entre setmana de 8,00 a 10,00 i 13,00 a 18,00 hores per atendre especialment als usuaris de centre de dia i residents amb programes d'atenció especial.

Torns de cap de setmana, dissabte de 8,00 a 20,00 i diumenge un torn de 8,00 a 14,00 i l'altre de 14,00 a 20,00 hores.

Suport dies festius amb el mateix horari que els cuidadors de dia, així com dies entre setmana per a cobrir el servei per necessitat d'organització.

Auxiliars de serveis generals (Neteja/bugaderia)

Torns de matí i tarda.

Horaris de dilluns a divendres: Matí de les 8,00 a les 15,00 h. / Tarda de les 15,00 a les 22,00 h. Un dissabte i un diumenge de cada quatre de 7,00 a 15,00 i de 14,00 a 22,00 h.

Oficial de serveis generals (Cuina)

Torns d'alternar una setmana: dilluns, dimecres, i la següent, dimarts, dijous i divendres, i un cap de setmana (dissabte i diumenge) de cada tres. Horari de dilluns a divendres de 8,00 a 20,30 hores. Dissabtes i diumenges de 8,00 a 20,00 hores.

Diplomat Infermeria

En torns de matí, tarda i nit.

Horaris: matí de 8,00 a 14,40 hores, tarda de 14,40 a 21,20 i nit de 21,00 a 24'30 hores.

Caps de setmana. Un al mes dissabte i diumenge amb horari de 8,00 a 20,00 hores i de 20,00 a 8,00 hores.

Diplomat Treball Social

De dilluns a divendres. Horari partit de les 9,00 a les 17,30 hores

Diplomat en fisioteràpia

De dilluns a divendres. Horari partit de les 9,00 a les 17,30 hores

Metge

Dues hores diàries, actualment de 15,00 a 17,00 hores.

Psiquiatra consultor

Treballa cinc hores mensuals, habitualment al matí.

Psicòleg

De dilluns a divendres. Horari partit de les 9,00 a les 17,30 hores

Dimarts de 10,00 a 18,00 hores. Un cop al mes amb horari de 20,30 a 22,00 hores per reunió amb el torn de nit.

Manteniment

De dilluns a divendres. Horari de les 8,00 a les 14,00 hores.

Cal dir que el manteniment està contractat a una empresa externa i hi ha una persona sempre localitzable per qualsevol incidència.

Administrativa

De dilluns i divendres de 10,00 a 14,00 hores i dimarts, dimecres i dijous de 10,00 a 14,00 i de 15,00 a 19 hores

Ratios de personal

▪ *Atenció directa*

Auxiliar Tècnic Educatiu

- 1/6 matí i tarda per a les activitats al centre. En cas de sortida a l'exterior, aquest ha de ser de 1/1 o 1/2 degut a les característiques dels usuaris.
- 1/26 en el torn de nit, on la tasca principal és la supervisió del son, higiene i control d'esfínters, i l'actuació en cas d'un imprevist.

Personal d'infermeria

Dies laborables, festius i caps de setmana, s'assegura la presència física d'un infermer/a per atendre tots els residents i usuaris del centre les 24 hores del dia els 365 dies de l'any.

Ratio personal atenció directa **0,57**. Aquí no estan inclòs el personal de serveis generals, ni la direcció, ni l'administració, ni el personal consultor del centre.

Ratio personal total 0,74

Programa de treball interdisciplinari.

Sistemes de coordinació i participació del personal

Tenint en compte que aquest centre es dedica a donar serveis personals la seva direcció està àmpliament orientada a la gestió de recursos humans.

Les implicacions emocionals i afectives, l'esforç físic, i el risc d'accidents (tendinitis, sobreexforços...) que comporta el treball amb disminuïts psíquics adults amb trastorns de conducta fan que el personal (especialment el d'atenció directa) corri el risc de veure's sotmès a un procés de desinterès per la pròpia feina .

Assistencialment, des de l' enfocament teòric, té una eficàcia terapèutica de primer ordre la relació quotidiana que s'estableix entre els residents i els seus cuidadors de referència. És un gran regulador de la pròpia conducta el treball continuat, conegut i previsible amb els mateixos professionals al llarg del temps. És molt important crear una identitat i cultura institucional pròpies fonamentades entre altres factors en el saber professional acumulat gràcies a l'experiència que donen els anys de treball, la conceptualització i l'explicació teòrica de la feina que es realitza, la sistematització de protocols i procediments i sobretot el fet de sentir-se partícip d'un projecte comú.

Consideren el personal clients interns, per la qual cosa correspon a la direcció del centre facilitar totes les eines i espais necessaris que proporcionin un recolzament integral en la seva tasca professional. A continuació s'enuncien els diferents espais de treball en que participa els diferents professionals

- Sessions de presentació del model d'atenció de la Residència i acollida als nous professionals.
- Sessions d'elaboració, seguiment i avaluació dels programes d'atenció individual interdisciplinaris (PAII) a través de:
 - Reunions interdisciplinàries d'avaluació del PAII. Periodicitat anual.
 - Reunions de seguiment del PAII. Hi participa el personal d'atenció directa i tot l'equip interdisciplinari o part d'aquest equip de suport. Periodicitat trimestral. L'anàlisi es planteja tant a nivell individual com del grup on s'ubica aquesta persona.
 - Reunions per a l'estudi de problemàtiques concretes que apareixen en el funcionament quotidià del centre. Es poden plantejar a demanda de qualsevol dels membres de l'equip interdisciplinari i sol ser estudiada en un parell de sessions.
- Reunions de coordinació de l'equip tècnic. Aquestes tenen com a finalitat reflexionar sobre temes d'interès i planificar l'activitat a la residència del futur immediat.
- Reunions de supervisió. Aquestes tenen com a finalitat ajudar el personal a comprendre i situar l'experiència emocional que implica tenir cura d'una persona greument afectada d'una disminució. Periodicitat mensual.
- Comissions de treball.
 - Actualment funciona una comissió per a l'elaboració d'una guia d'acollida al nou personal auxiliar tècnic educatiu (cuidadors).
- Comissió de Qualitat. Actualment funcionen dos grups de millora en la que hi participa personal d'atenció directa i membres de l'equip tècnic.
- Comitè de seguretat i salut. En aquest comitè hi participen també de manera activa el personal d'atenció directa.
- La coordinació entre els professionals dels diferents torns s'estableix a través de la documentació prevista per aquest fi: full de seguiment i incidències diàries i altres registres.

- La coordinació entre el personal d'atenció directa i les famílies dels usuaris de centre de dia es fa través d'una llibreta on, diàriament, s'anoten les incidències. Ocasionalment les famílies sol·liciten parlar telefònicament amb els cuidadors dels seus fills o els tècnics responsables.
- El coordinador assistencial manté de forma continua contactes amb el personal d'atenció directa. En aquest espai a més de comentar aspectes de caire organitzatiu es reflexiona sobre aspectes concrets que els preocupen i que incideixen en la qualitat del seu treball.

Espais de supervisió professional

Una de les dificultats més importants implicades en el treball d'atenció directa psico-social consisteix en les projeccions personals a les quals esta sotmès el personal.

La implicació afectiva i emocional que es crea en la relació assistencial entre el professional, el resident i el familiar, interfereix moltes vegades el procés de coneixement necessari per a comprendre el diferents moments assistencial que es donen en aquest tipus de treball.

Les sessions de supervisió ajuden a comprendre i situar l'experiència emocional per a una millor relació assistencial. Per aquest motiu la direcció ha creat diferents espais de supervisió:

Amb el personal d'atenció directa

En reunions mensuals. La finalitat d'aquest espai conjunt de reflexió és poder analitzar la complexitat del treball assistencial, terapèutic i psicopedagògiques duen a terme els cuidadors des de tres vessants diferents:

- a. el disminuït, la seva problemàtica i la poca estabilitat emocional i lentitud en els canvis de conducta
- b. el cuidador com a element organitzador del món del disminuït i com a referent de la seva família.

- c. El cuidador i el seu grup de companys professionals. La dinàmica del grup des de la qual es genera el treball individual i col·lectiu

Amb el psicòleg

Les sessions de supervisió amb el psicòleg tenen la finalitat de fer un seguiment conceptual de la realització dels programes psicopedagògics individuals i grupals aplicats als residents. Així mateix s'analitza el treball que de forma continuada fa el psicòleg amb els cuidadors quan a les seves formes d'intervenció amb els residents.

Organització del temps dels pacients

Dies feiners

De 8 a 9,30 h.

- Llevar-se i endreç personal de tots els residents.
- Incorporació de programes de bany. Programa psicopedagògic per l'aprenentatge, manteniment i participació en la higiene.
- Paral·lelament arribada dels usuaris de centre de dia.

De 9,30 a 10,30 h.

- Esmorzar dels residents.
- Incorporació de programes de menjador. Programa psicopedagògic per l'aprenentatge i manteniment d'habilitats per la correcta ingesta.
- Paral·lelament, arribada dels usuaris de centre de dia.

De 10,30 a 11,30 h.

- Desplaçament a les aules.
- Incorporació dels usuaris de centre de dia a cada grup.
- Higiene bucal. Aplicació de cures posturals. Oci
- Paral·lelament: horari d'esmorzar dels cuidadors/es en dos torns

De 11,30 a 13,15 h.

- Aplicació d'activitats específiques:
 - Programes individuals
 - Dutxes d'usuaris de centre de dia que ho tenen en el seu programa.

Dolors Colominas Simón

- Tallers grupals (vídeo, sala de psicomotricitat, relaxació, piscina a l'estiu)
- Sortides- oci
- Periòdicament reunions d'avaluació dels PAII i treball interdisciplinari
- Programa de rentat de mans

De 13,15 a 14,30 h.

- Desplaçament al menjador.
- Dinars residents - usuaris centre de dia.
- Incorporació de programes d'alimentació.
- Desplaçament a les aules

De 14,30 a 15,30 h.

- Higiene bucal
- Control postural
- Higiene personal
- Canvi de torn - intercanvi d'informació dels cuidadors/es.
- Registre d'incidències diàries del torn.

De 15,30 a 18 h.

- Aplicació activitats específiques:
 - Programes individuals
- Tallers grupals
- Sortides - oci
- Periòdicament reunions d'avaluació dels PAII i treball interdisciplinari
- Un dia a la setmana, espai dedicat a les famílies
- Comunicació escrita amb les famílies d'usuaris de centre de dia

De 18 a 19 h.

- Lleure
- Paral·lelament: horari de berenar dels cuidadors/es en dos torns

De 19 a 19,15 h.

Dolors Colominas Simón

- Programa de rentat de mans
- Parar la taula
- Desplaçament al menjador

De 19,15 a 20,15 h.

- Sopar.

De 20,15 a 21,30 h.

- Higiene bucal
- Ajaçar els residents
- Cures posturals
- Anotació d'incidències diàries
- Canvi de torn. Intercanvi d'informació dels cuidadors/es

De 21,30 a 8 h.

- Atenció durant la nit
- Control d'esfínters. Higiene
- Cures posturals
- Registre d'incidències.

Dies festius

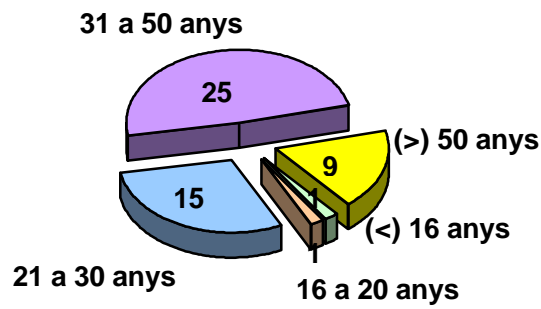
El mateix que s'aplicarà els dies feiners amb les següents diferències:

- El dinar s'avança a les 13 h.
- El sopar s'avança a les 18 h.
- Els espais dedicats entre setmana a l'aplicació d'activitats específiques, seran ocupats pel temps de visites dels familiars i, puntualment, oci i sortides.
- Els usuaris de centre de dia no vénen els caps de setmana al centre, excepte en aquells casos en que existeixi una necessitat de la família i de forma puntual.

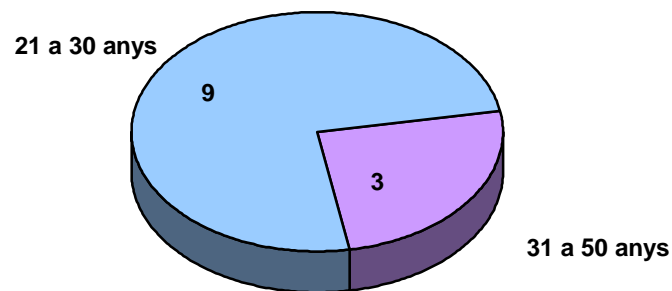
Característiques de la població atesa

Distribució per edats

Residents

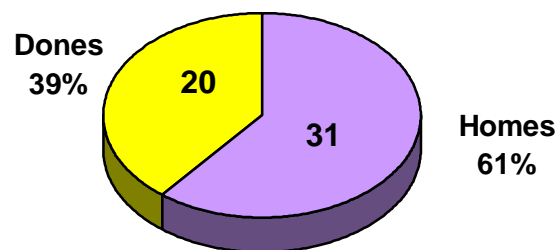


Usuaris Centre de Dia

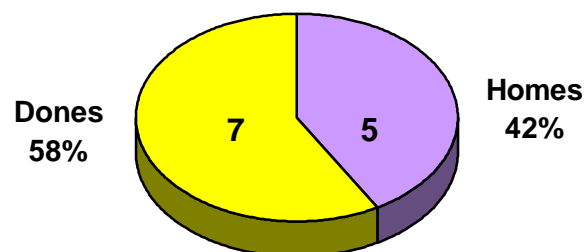


Distribució per sexe

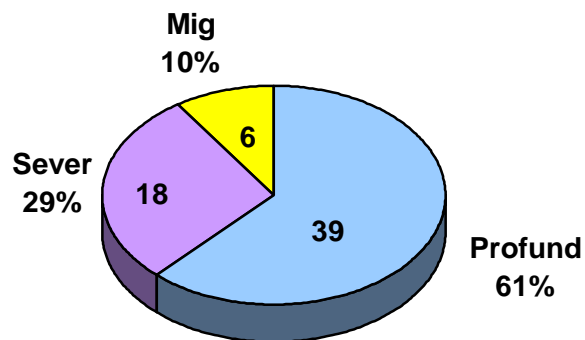
Residents



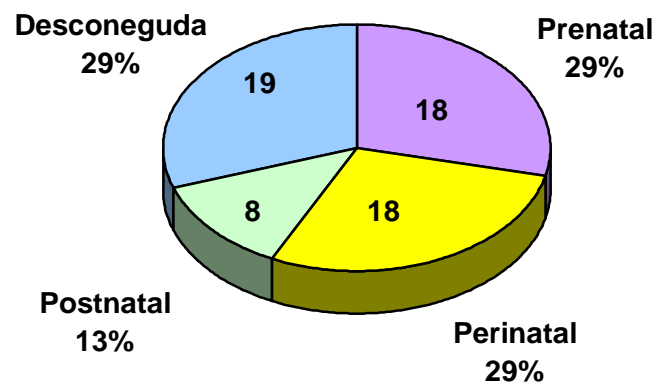
Usuaris Centre de Dia



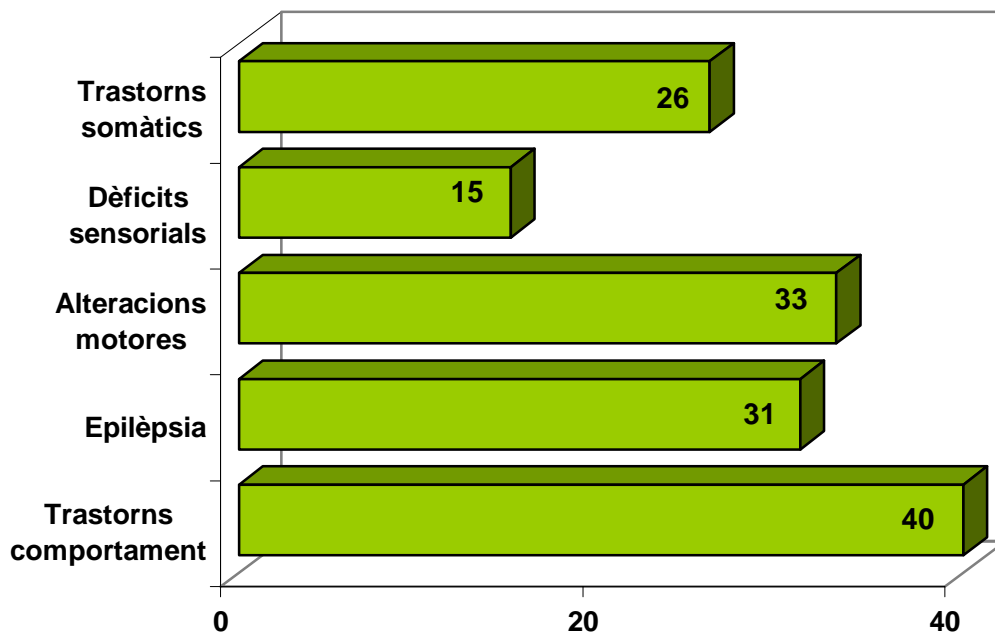
Nivell desenvolupament mental



Etiologia

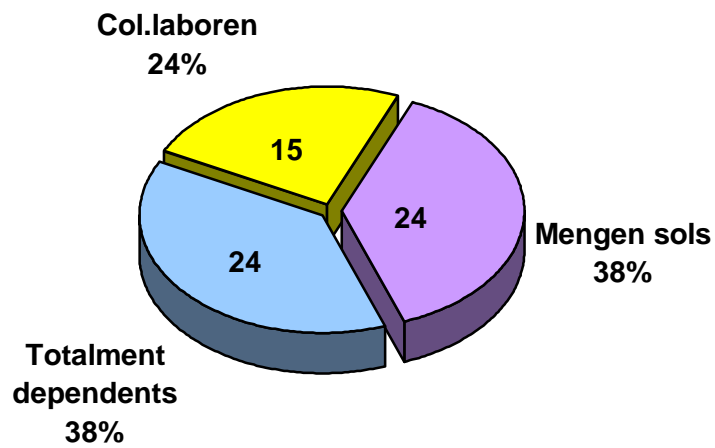


Problemes associats a la disminució

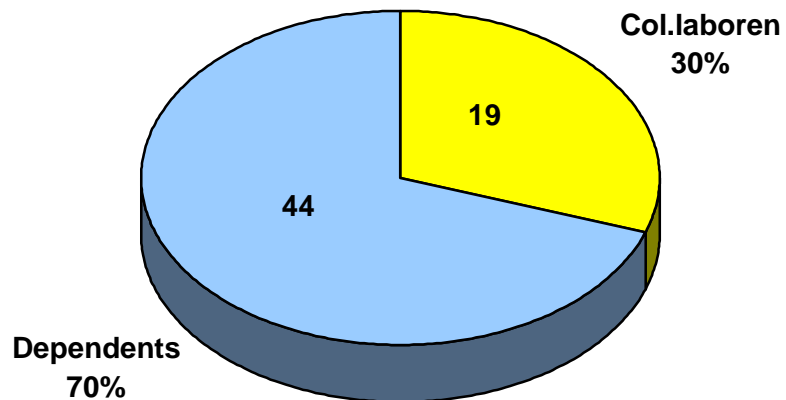


Nivell d'autonomia

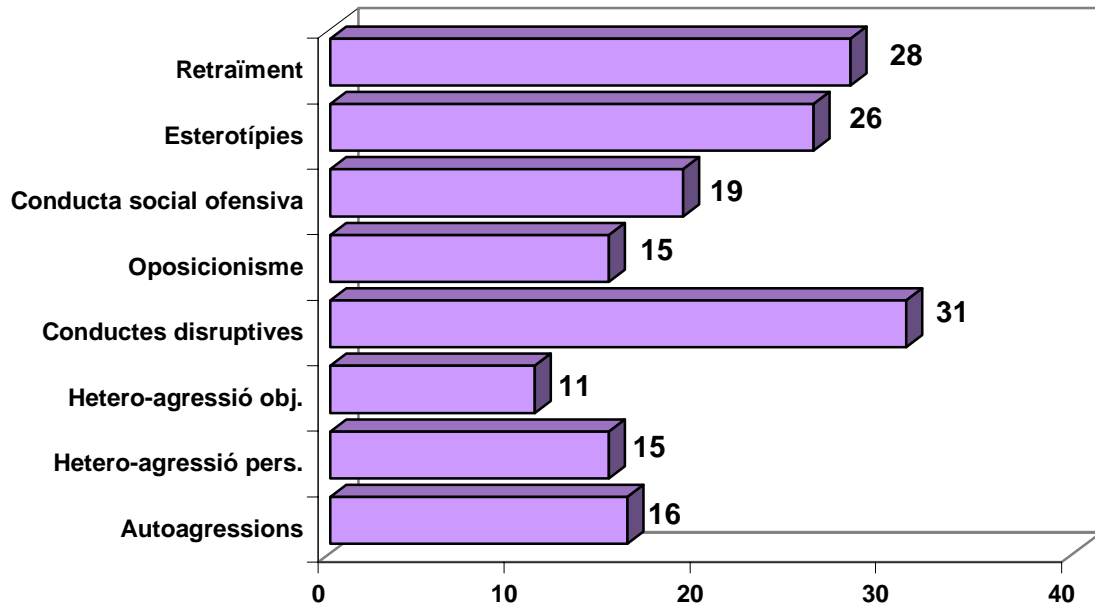
Alimentació



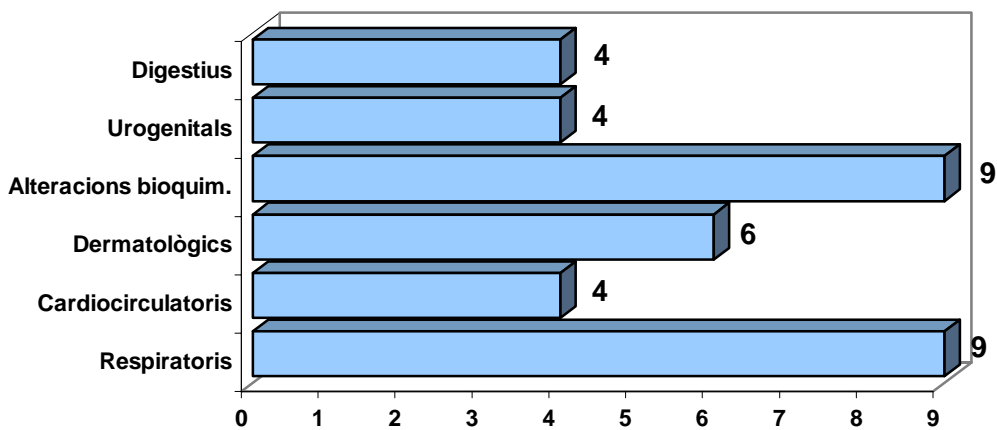
Higiene personal



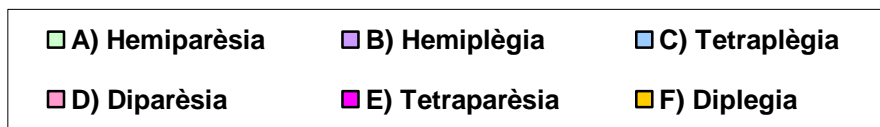
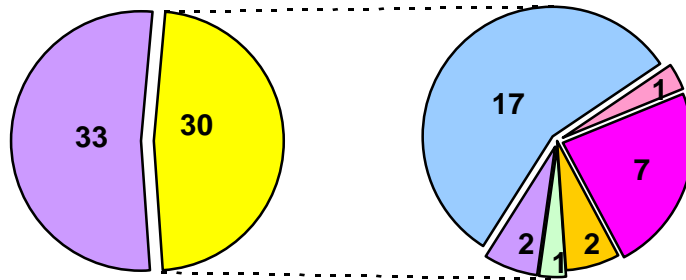
Trastorns del comportament



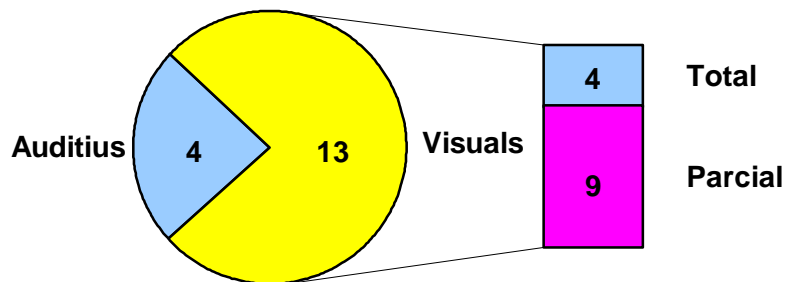
Trastorns somàtics



Alteracions Motores



Dèficits Sensorials



CASOS CLÍNICS PRESENTATS

La Sra. **Maria** té **58 anys** . Viu sola i es germana d'un intern ingressat en la residència especialitzada per a persones disminuïdes psíquiques profundes . Les característiques d'aquest germà deficient son : Té 38 anys, no parla, camina amb dificultat, no controla esfínters. Necessita una persona constantment per realitzar les tasques de la vida diària. És pacífic i tranquil. No es relaciona amb els demés , té característiques d'autista. Encara que accepta que l'abracin i que el mimen .

Previ a l'ingrés del seu germà, en el domicili familiar vivien la Maria i el seu germà . Fins la mort de la mare (1989) vivien els tres en el domicili

La mare s'ocupava de cuidar al seu fill amb el suport de la Maria. Després de la mort de la mare va ser la germana qui va assumir aquesta funció. A l'actualitat pel deterioro que pateix la Maria ja no s'han fa càrrec del germà deficient essent els germans sans els referents pels professionals del centre. No obstant els professionals de la residència ajuden a la germana en tot allò que consideren li pot aportar una certa qualitat de vida (busca de recursos, acompanyaments, derivacions). Quan s'han de prendre decisions pel germà ingressat , que en definitiva és el client son els altres germans sans qui s'han ocupen

De la història de la Maria destaca que està separada encara que mai ha volgut parlar d'aquest tema. Es va casar amb un senyor molt més gran que ella per què a la seva mare li va agradar ja que vivia a prop de casa d'ells i així podria continuar ocupant-se del seu germà. A l'actualitat no se sap on està aquest senyor. La Maria havia tingut un nuvi de jove però la mare li va fer desistir en aquesta relació ja que el noi i la seva família vivia molt lluny.

De la relació mantinguda amb el marit no va tenir fills. Ella explícita que és verge i que mai ningú li ha posat les mans a sobre "ja que no la poden tocar al·legant que té una pell molt sensible .

De la història familiar cal destacar :

Els pares es van separar quan ella era molt jove. Té tres germans sent el petit el que està diagnosticat de disminuït psíquic profund/ autisme, mentre que ella va ser la primogènita. Des de que era petita es va encarregar del cuidado dels germans. El pare es va separar de la mare segons manifesta "per què era un putero " "ell va tenir la culpa "de que el seu germà petit sortís malament ja que anava amb moltes dones

La mare sempre la va culpabilitzar de que per ella va tenir que casar-se amb aquest senyor ja que segons explícita la Maria la seva mare li va explicar que és fruit d'una

violació. Des de fa setze anys la mare va morir i li va deixar l'encàrrec de què cuidés del seu germà petit.

No treballa , ni manté relacions d'amistat u altre índole .Les relacions que es coneixen son las que ha establert amb els professionals del centre . Un cop a la setmana ve a visitar al seu germà amb companyia d'una treballadora familiar. Els altres germans l'ajuden econòmicament i el pare (encara que no es parlen) li passa una certa quantitat de diners . Aquests diners els rep per part d'un dels germans sans.

Quan la mare va morir, els germans preocupats per la salut de la Maria van fer els tràmits per tal d'ingressar al germà petit en la residència en la que actualment té una plaça des de fa 14 anys. Al principi els caps de setmana se l'emportava a casa i el visitava cada dimecres ja que és el dia de visites de familiars en el centre . Des de fa uns anys des del centre es va desestimar la possibilitat de que marxés a casa en els caps de setmana ja que consideren que la Maria no pot oferir-li una certa garantia en el seu cuidado.

La Maria vesteix de forma extravagant , quasi sempre amb colors forts, porta pameles, ulleres de sol molt grans i sempre va carregada de bosses. Porta un bols en el que no hi ha cap tipus d'ordre. En el seu vestir cal destacar que generalment deixa entreveure els pits , els vestits generalment son de grans transparències . Aquesta forma de vestir li dóna una aparença ben equivocada .Té un cabell llarg de color ros poc cuidat Parla i sembla que mai escolta el que li dius. El seu discurs és desorganitzat. A vegades es mossega el dit i fins tot ha arribat a fer-se ferides. En els seus discursos no segueix un ordre, canvia de veu amb gran rapidesa. Ara parla, ara plora , utilitza to de veu greu , to de veu fi. Crida s'aixeca i es passeja pel despatx constantment.

No pot suportar estar molta estona asseguda en situació d'entrevista. En entrevista s'aixeca del seient , s'aproxima al professional i li parla a l'orella....."no sigui que ens senti algú , ells estan allà i poden tenir gelosia de que estiguem aquí " ".a la TV ja ho diuen que em seguiran fins que acabin amb mi ; per això posen aquell anunci "

Als professionals li porta regals .A la Coordinadora del centre sempre son cremes utilitzades i mig gastades al psicòleg com és un home li porta begudescolònies (també utilitzades) i bijuteria barata per la seva dona.

Té idees delirants com que l'anunci de la TV sobre la lepra el passen perquè ella pateixi "ho fan aposta ...heu de parlar amb el President de la Generalitat perquè el treguin "(Aquesta és una demanda constant que li fa al director del centre)."Si no ho feu vosaltres ho faré jo ja que a mi em faran cas , encara que soc rojael President sap que soc una persona com cal "

El seu comportament es desorganitzat . Ara està amb el seu germà , ara entra al despatx , surt, s'aixeca.....etc. A la seva vida diària no porta cap control ni per anar al mercat, a comprar , fer-se el dinar.....En el seu pensament està la idea de que els seus germans i el director l'espien .

En la història està recollida una visita domiciliària a on els professionals destacaven ;

Gran desordre . Els armaris no poden tancar ja que la roba està sense cap tipus d'ordre. Acumula bosses d'escombriaires . Té un lloro en el menjador i parla amb ell. Té un moble en el passadís en forma d'altar i a sobre un quadre de la seva mare . És un retrat pintat. No utilitza la taula del menjador des de que la seva mare es va morir . Per ella la seva mare i la seva àvia han estat les dos úniques persones bones que ha tingut en aquesta vida (a part del germà deficient) No té amics i només es relaciona quan ve al centre a visitar al seu germà

Descripció relacions familiars :

Maria descriu així a ;

Mare: persona molt bona amb gran esperit solidari. Perfecta en tots els aspectes gran mare de família ama de casa, bona modista.

Maria diu "a mi me hacia llevar los mejores vestidos, las mejores ropas aunque éramos pobres" "aunque pobres gracias a ella comíamos las mejores naranjas de Sagunto el pescado mas fresco... Ofrecía todo lo que tenia a quien tuviera falta de algo".

En totes les entrevistes mantingudes la Maria fa referència a la relació amb la seva mare i sobretot es situa en l'etapa infantil.

Explica com la seva mare li feia treballar i cuidar dels seus germans més petits .Mentre els germans van estudiar , ella realitzava tasques específiques de rol de dona; netejar, cuidar....

Descriu constantment la hipotètica relació que la mare hagués tingut amb el centre " si mi madre viviera os haría regalos , haría cosas por los demás,...Os haría vestidos con las mejores telas.....

Li atorga a la mare el paper de víctima "trabajo mucho por nosotros " "por mi culpa sufrió mucho" sino la hubieran violado no la habrían casado con mi padre"

Pare: Es una figura no acceptada per la senyora Maria . El relaciona amb lo dolent, amb la malaltia Ella explica "es peor que un terrorista ya que este al menos arriesga su vida "

Dolors Colominas Simón

Recorda els maltractes que la seva mare rebia per part del pare i el descriu com una persona que sempre ha necessitat de dones. Ella es descriu a si mateixa com persona amb capacitat de perdó en canvi en relació al seu pare diu que no al perdonarà mai. Aquest senyor li passa una pensió i visita al seu fill els dies de visita tenint una actitud molt correcta en el centre . El pare havia manifestat "su madre le hizo mucho daño era una mujer muy dominante. Por mis hijos nunca hubiese dejado el hogar pero me vi. obligado a ello".

Sempre va reconèixer que va mantenir relació amb una altra dona ja que amb la seva dona no mantenia relació de parella. " me maltrataba y me humillaba constantemente " "que fue una buena madre, se preocupaba por sus hijos pero impidió cualquier relación de estos conmigo después de la separación "

Germans

Germà 1. Existeixen bones relacions i intenta ajudar-la en tot allò que li es possible. Aquest germà es una persona que quan parla de la família i de la Maria s'emociona fàcilment arribant a plorar. Manifesta que la Maria li posa molt nerviós pel seu caràcter i li recrimina la seva actitud de màrtir i el poc que es deixa ajudar. Amb el seu pare no manté relació De la seva infància recorda episodis de maltractes

Germà 2 .

Aquest germà es mes intransigent amb la Maria és més normatiu. Tampoc manté relació amb el seu pare Viu a prop de la Maria i l'ajuda econòmicament .

Maria

Dona de 58 anys Porta cabells llargs i tenyits de color ros llampants . Està molt grossa, i inflada Ressalta el seu puritarisme però no obstant porta colors extremats , grans "escotes " i roba molt ajustada. Sempre porta bijuteria barata. Manifesta que la seva pell es molt delicada que rebutja el contacte amb altres persones i no pot rebre petons . Això ho atribueix a una malaltia que va patir quan era petita De tant en tant assisteix a un "curandero".

La Maria va estar casada durant 9 anys. El marit la va deixar Ella manifesta que es verge ja que explicita que mai va tenir relacions sexuals amb aquest senyor (fantasia) No obstant a la història s'especifica que es va fer acompanyament al ginecòleg per fer revisió ja que segons manifestava mai li havien practicat i en aquesta visita el professional va realitzar l'exploració com si la Maria hagués mantingut relacions . Per aquest motiu considerem que és més una fantasia ja que aquesta li permet estar més "maxacada " i demostrar lo bona que és

Dolors Colominas Simón

No vol que es faci cap tràmit pel seu germà disminuït ja que pensa que si ho fa el posa en perill de mort. Exemple : no vol que li tramitin una pensió de la qual tindria més beneficis de la que té en l'actualitat.

Quan el germà esta malalt diu que si aquest es mor ella acabarà la seva vida ja que aquesta no tindrà sentit.

No se sap si és imaginat o pensat però ella parla d'un intent de suïcidi

Situació actual :

Amb els professionals del centre del seu germà ha fet una relació en la que compara a la Coordinadora del centre amb la seva mare i a la infermera amb la seva àvia . Per part del psicòleg va ser derivada al centre de salut mental de la seva zona.

No va voler posar-se en tractament ja que diu que li va atendre un alumne de pràctiques .

Segons informes emesos pel centre de salut mental de la seva zona de referència la Maria pateix **d'esquizofrènia tipus paranoide** ja que predomina una preocupació causada per idees delirant i l'existència d'al·lucinacions freqüents

Podem veure en aquest cas els següents trets de **l'esquizofrènia** :

- Idees delirants
- Al·lucinacions .
- Comportament desorganitzat
- Llenguatge desorganitzat
- Disfunció social i laboral

Des del centre l'ha han derivat a una psiquiatra de caràcter privat la qual li va receptar medicació . Els germans sans han estat molt col·laboradors i l'han acompanyat en tot moment

La doctora de medicina general del centre del germà en aquests moments juntament amb el psicòleg estant intentant portar un seguiment acurat del cas . Des de serveis socials de la zona té assignat un servei de treballador familiar per tal de fer un seguiment controlat des de casa. En aquests moments s'està treballant la possibilitat de contractar a una persona per què visqui tot el dia amb ella.

Exposo aquest escrit que el va fer en el moment de l'ingrés del seu germà en la residència moment en el que encara no estava tan deteriorada

Escrit de la Maria en el moment de l'ingrés del germà. La va titular (cartas a mi hermano)

Ponte a oscuras y cierra fuertemente los ojos para que puedas ver.

Y pon cosas por medio para que puedas caer

Y verás que dolor sienten tus huesos y que heridas tienen tu piel

Y pon tu mente en blanco para no poder explicar donde te duele

Y camina en los silencios donde no se siente ni se ve y piensa tu por un momento, como se puede sentir mi dulce de caramelo

Porque no le llega el bálsamo de paz a su mente

A su sangre, a sus huesos, y a su piel

Quiero remedio para el

Factors predisposants, precipitants, mantenidors i inhibidors

Factors predisposants "Serien aquells aspectes que augmentarien la probabilitat que aparegués un trastorn".

- Sexe : Dona de 58 anys
- Components familiars amb diagnòstic de malaltia mental
- Inestabilitat emocional en la infància de la pacient. Episodis de malaltia
- Pare "maltractador"
- Els seus pares semblen que serien una parella que la podríem denominar de "patològica". Mare violada . Pare que va amb altres dones
- Mare dominant tal és així que encara per la Maria és viva

Factors precipitants "Un factor precipitant provocaria en un individu predisposat la presència del trastorn "

- Confidència de la mare com que ella era producte d'una violació
- Assumir el cuidado dels germans . Gran carrega en la seva joventut
- Naixement d'un germà deficient quan ja s'estava alliberant del cuidado dels altres
- La demanda d'ingrés residencial pel germà disminuït la descompensa. Ella no estava d'acord en ingressar al seu germà ja que era un "Tros de la seva mare". Era la única cosa que podia fer la senyora Maria per la seva mare ja que per ella va tenir que casar-se amb aquest senyor tan odiós per ella .

Dolors Colominas Simón

- Ruptura dels pares. Encara que patia maltractes era posar en evidència que ella tenia la culpa de la mala vida que va passar la seva mare
- Mort de la mare. En aquell moment marxava el seu pilar , aquell que la mantenia , la qui l'ordenava, li dirigia .. i per la que la vida tenia un sentit
- Conflictes familiars. El pare marxava amb altres dones essent freqüents les escenes de violència en el marc familiar

Factors mantenidors "Aquell la presència del qual impedeix la remissió del trastorn "

- L'obligació que sent de tenir que cuidar al germà disminuït
- Conducta de càstig sobre ella mateixa . Quan més esclavitzada estigui, més bona seré i més perdó tindrè de la mare a la qual li he fet ser molt infeliç
- Sentiment de fer-se la forta per tal de poder carregar amb el germà

Factor inhibidor Seria aquell que impedeix l'aparició d'un trastorn"

- El centre/residència del germà és allò que li fa estable . La relació que manté amb els professionals del centre fa que se senti que algú la cuida i l'ajuda

Model teòric i hipòtesi etiològica sobre el cas

Model psicodinàmic :

La Maria és el resultat de la seva pròpia existència. La infància difícil, amb uns pares amb relació que podem anomenar-la de "patològica " van generar segurament la base del conflicte .

Des d'aquest model podem per tant fer l'anàlisi de com la Maria és portadora d'un conflicte mal resolt. En aquest cas hem vist com la vida d'aquesta senyora està plena de problemes , d'ensaigs i errors, de desadaptacions , readaptacions. El desenvolupament de la malaltia seria una forma de com resoldre el conflicte . Al llarg de la història d'aquesta dona veiem com la seva conducta és el resultat d'ella en relació amb allò que l'envolta .

Dolors Colominas Simón

La seva desorganització és a la vegada allò que li dóna equilibri per poder tirar endavant amb les seves dificultats

Les representacions inconscients que ha adoptat són les que motiven les seves conductes . El fet de no poder elaborar en la infància ha fet que en tot moment faci una negació i per tant manifesta "soc verge".

La conducta que adopta aquesta dona té la finalitat en si mateixa de resoldre tensions (ella se sent fruit d'una violació ho resol cuidant al seu germà petit)

La conducta sempre comporta conflicte i ambivalència .(No estima al pare ell es part del seu conflicte però accepta viure en una casa que es de propietat del pare i aquest li passa diners cada mes)

Solament pot ser compresa en funció del camp o context en el que passa la seva conducta La Maria encara lluita amb la seva mare que és morta però que encara és viva per ella ja que té que cuidar a una part d'ella (el germà deficient). Per un altra costat nega la seva mort i li construeix un altar en el que poder adorar-la . Les seves actuacions encara que de forma malaltissa tendeixen a preservar un estat de màxima integració o consistència interna

La malaltia per aquesta dona s'ha convertit en un estil de vida per poder escapar dels conflictes interns irresolubles. Tot el seu conflicte està en la negació constant .

2. CAS CLÍNIC ; Sra. Carme**Descripció del cas**

A demanda de la doctora del centre el psicòleg realitza entrevistes de suport psicològic a una mare ja que presenta un quadre que fa sospitar que es tracta d'una depressió major.

La Carme té 53 anys és vídua des de l'any 1999. És netejadora d'un hospital. En aquests moments descriu patir una intensa tristesa i desànim. Verbalitza haver perdut l'interès per gairebé totes les activitats . Segons el professional podríem dir que és una depressió major ja que la pacient presenta un quadre clínic amb manifestacions d'intensitat elevada. Això ha comportat que el seu funcionament s'hagi vist alterat . Presenta un deteriorament que està afectant a diferents àmbits de la seva vida .

A nivell professional ; està de baixa des de fa vuit mesos i es veu impossibilitada de tornar a reiniciar l'activitat. No obstant explicita que a la feina no té problemes . A nivell familiar pensa que hauria d'estar bé: la seva filla sana la veu feliç , casada amb els seus nens i sense problemes econòmics.

En quant al seu fill ingressat no es que estigui pitjor que en altres moments. No obstant manifesta que saber que des de fa uns mesos s'ha quedat cec l'amoina molt. L'estat que descriu el situa més en ella mateixa. Descriu que ha perdut il·lusions , que en aquesta vida ja no té res , no li queda res . En aquests moments manifesta que es troba pitjor que mai assegurant que el canvi d'estació alguna cosa té a veure.

Història familiar

La família es coneguda en el servei des de l'any 1992, data en la que li va ser aprovada una plaça al seu fill afectat de la Síndrome del Cru du Chat. En aquell moment el nucli familiar estava format pels pares i dos fills essent el petit la persona afectada. En el domicili també hi vivia l'àvia materna . Aquesta va ser la cuidadora principal del fill afectat ja que la mare treballava . El noi sempre va estar escolaritzat i va ser en la majoria d'edat quan van considerar que no podien tenir-lo a casa. La seva patologia és una síndrome d'etiologia genètica . La seva malaltia ha evolucionat amb problemes de conducta importants. S'autolesiona al igual que té episodis d'agressions cap els demés. No parla, no controla esfínters i necessita ajuda constant per tal de realitzar qualsevol activitat de la vida diària.

A mesura que ha passat el temps ha anat perdent certes capacitats com la vista o el caminar. Actualment per desplaçar-se necessita d'un caminador. En una primera etapa la família se l'emportava els caps de setmana però des de fa vuit anys no se l'han tornat a emportar al·legant que és molt difícil d'atendre'l.

El pare encara que jove estava jubilat per una invalidesa per malaltia. Quan va néixer aquest fill va patir un ictus del qual li van quedar seqüeles importants. Caminava amb dificultats, no s'entenia quan parlava i segons consta en la història clínica semblava que tingués un cert retard mental. Les relacions que s'observaven en el centre quan venien a veure al seu fill eren correctes en el matrimoni.

La filla gran va estudiar la formació professional d'educadora de disminuïts ja que el seu mon girava al voltant del seu germà. Finalment mai s'ha dedicat encara que treballa d'auxiliars de clínica (cuidado vers els altres) .

L'àvia materna va morir va vuit anys . A partir d'aquell moment el noi va deixar d'anar al domicili ja que era l'àvia qui s'encarregava del seu cuidado.

El pare va morir fa set anys . La mare no ha refet la seva vida de parella . La filla està casada . Va tenir problemes a l'hora d'anar a buscar el primer fill per la qual cosa es va posar en tractament de fertilitat . Es va fer les proves genètiques per por a ser transmissora de la malaltia que pateix el seu germà . A l'actualitat té dos fills sense cap tipus de patologia.

Descripció relacions familiars

Segons consta a la història l'àvia materna tenia un paper fonamental en la família. Era ella qui s'ocupava de tots els membres de la família. El naixement del fill amb dificultats com la malaltia del pare en edat tan jove van fer que les relacions entre la parella no fossin molt bones.

La senyora Carme va adoptar un paper de cuidadora rellevant a la seva mare quan aquesta va morir . Havia de cuidar al seu marit , la seva filla sana a demés d'intentar fer el seu paper de mare i de dona.

A l'actualitat la senyora Carme es presenta com una persona dèbil i a la vegada lluitadora per els interessos del seu fill. Per aquest motiu té una actitud que es manifesta amb continues aliances amb els treballadors de l'atenció directa.

La filla va establir una relació de sobreprotecció cap al seu germà . Per aquest motiu sempre s'ha mostrat amb els professionals del centre com "salvadora"

A l'actualitat la mare està molt unida amb la seva filla i aparentment mantenen molt bones relacions.

Situació actual

Actualment la senyora Carme presenta a nivell **emocional** :

- Estat d'ànim abatut, tristesa
- Expressió afectiva apagada
- Irritabilitat
- Reducció de la capacitat per a sentir plaer

Nivell **motivacional** :

- Apatia, passivitat, pèrdua d'interès per l'entorn
- Desitjos de retirada, d'aïllament
- Falta de fites, tendència a abandonar o fites irrealitzables

Nivell **Cognitiu**:

- Problemes de concentració
- Lentitud de pensament
- Pensament poc resolutiu: indecisió i vacil·lació/tendència a pensament rumatiu
- Contingut reduït: Focalitzat en idees autoreferides. Contingut negatiu; sobre si mateixa autocrítica Idees pessimistes sobre el futur

Nivell somàtic/Ritmes vitals

- Alteracions de la gana/son
- Alteracions ritme circadiari; empitjorament matutí
- Queixes somàtiques
- Inquietud motora
- Fatiga pèrdua d'energia

El tutor de pràctiques em planteja com a treball que faci un anàlisi del cas des de la perspectiva cognitiu - conductual i així destaco :

Des de la perspectiva cognitiva , segons la teoria de Beck els esquemes de coneixement cognitiu del depressiu són rígids sobreinclusius i extrems. Aquests esquemes cognitius donen lloc a la triada cognitiva que es caracteritza per la percepció negativa d'un mateix, del món i del futur. La manera que té la senyora Carme de percebre les situacions provoca en ella una actitud de passivitat que al seu torn afavoreix l'obtenció de resultats desfavorables, reforçant-se encara més els esquemes cognitius negatius que té.

Els esquemes desadaptats son protegits i enfortits per una sèrie de distorsions cognitives. Entenem per distorsions cognitives una manera inadequada d'interpretar la nova informació que la senyora rep de l'ambient . Una determinada situació pot actuar com a desencadenant i posar en marxa aquesta percepció negativa generalitzada que s'expressa per mitjà de pensaments automàtics (Lemos 2000).

De l'**entrevista** a la que assisteixo com **observadora** i des d'un anàlisi cognitiu - conductual destaco :

Els esquemes que presenta la Sra Carme sobre si mateixa (qui és, com es, quines son les seves virtuts, defectes...) configuren en aquesta sessió el material de treball per part del professional . Son generalitzacions centrals estables i formen la interpretació d'allò que percep la pacient des d'una perspectiva personal subjectiva. A partir de les creences que té la pacient aquesta estableix els significats que dona a les vivències de cada dia.

Des d'aquest model plantejaríem que les cognicions influeixen en la conducta de la Sra i en el seu estat emocional . Podem afirmar que els pensaments de la pacient tenen un paper central com a mitjancers en la gènesis de conductes i emocions.

La Sra Carme que pateix trastorns emocionals, manté supòsits i esquemes inadequats, rígids, exagerats i absoluts que la predisposen a percebre la situació en termes de pèrdues ; l'ingrés del seu fill ..., l'entrada en un altre etapa de la vidaetc

La situació en la que es troba li ha provocat una invalidació la qual no pot evitar. De la llista d'errors cognitius descrits per Beck podríem assenyalar el de la Personalització: la pacient té una tendència a atribuir-se a si mateixa la responsabilitat d'errors o fets externs encara que no hi hagi base per a fer-ho "Així se sent responsable de la patologia del fill , de la malaltia del marit quan era jove , de la seva soledat....".

En l'entrevista queda reflexat la falta de valor de la senyora, es veu indesitjable i culpable dels defectes personals com dels altres .Destaca el seu pessimisme sobre el futur, anticipa dificultats tot això està acompanyat de símptomes com ; falta d'ànim, sentiment de solitud, aïllament, incomprensió .

Proposta de treball des del centre

Des del centre el treball que es proposa es fer una sèrie d'entrevistes amb la senyora per tal de desangoixar-la i intentar donar-li un cert equilibri en el seu funcionament. Hem de pensar que no es un centre per fer teràpies i que la missió de centre és atendre en aquest cas al fill ingressat . Considero que després de finalitzar aquestes sessions segons valoració del professional aquest hauria de valorar la possibilitat de derivació a un centre especialitzat.

3. CAS CLÍNIC L.G.R.

Descripció del cas

Per decisió de l'equip tècnic el psicòleg del centre realitza intervenció amb el pare d'una usuària del centre . El motiu és ajudar a prendre la decisió familiar de col·locar botó gàstric.

El pare té 59 anys i des de fa 10 anys és vidu . En aquests moments viu sol encara que recentment té una parella estable. La senyora té 37 anys , està separada i té dos fills de 12 i 15 anys. No viuen junts ja que el senyor al·lega que no està preparat per assumir els problemes que comporta l'educació d'uns adolescents afegint que no és el pare de les criatures.

L'usuària ingressada té 25 anys i des de fa onze anys està en el centre. Està diagnosticada de paràlisi cerebral. Com a característiques cal destacar que esta

Dolors Colominas Simón

confinada en cadira de rodes, no parla, es cega i necessita ajuda constant per realitzar qualsevol activitat de la vida diària i presenta seriosos problemes en la deglució Està incapacitada legalment tenint la pàtria potestat rehabilitada el seu pare.

En el nucli familiar cal destacar que la L.G.R és la filla petita . Té dos germans grans de 32 i 30 anys . En aquest cas destaca el nivell elevat d'implicació que tenen tots els membres de la família en l'atenció que requereix aquesta pacient.

Història familiar

La L.G.R. va ingressar quan tenia 14 anys . Des de petita havia estat escolaritzada i els pares sempre s'havien preocupat molt de les atencions que requeria.

A l'any del seu ingrés la mare va morir per un carcinoma en el fetge. El pare en aquells moments va caure en una depressió profunda quedant-se al cuidado dels tres fills (la petita ja estava ingressada en el centre).

Va tenir que reorganitzar-se la vida i segons consta en la història des del centre van intentar ajudar-lo en tot el que van poder : entrevistes amb el psicòleg en el moment de la pèrdua, recursos en el domicili.....etc.

Segons s'especifica en la història els pares es van sentir sempre molt culpables del naixement d'aquesta filla. Van arribar a manifestar que en el seu pensament estava la idea que la malaltia de la filla havia estat degut a pràctiques concretes sexuals que en aquells moments van mantenir. "Era l'etapa del destape i la meva dona i jo van començar a practicar postures que mai havien tingut l'oportunitat de posar en pràctica". En el moment del naixement es van assabentar que venien dos criatures . Van néixer dos nenes . La L.G.R va tenir patiment fetal (anoxia) i va quedar afectada de paràlisi cerebral l'altre no va tenir cap tipus de lesió però als dos mesos va morir de mort subita.

Això va fer que els pares mai ho poguessin superar. A partir que la mare va morir el pare es va convertir en el referent del centre . El pare sempre ha mantingut una actitud col·laboradora en el centre però cal destacar que les solucions que se li han anat oferint des del centre en l'atenció que requereix la seva filla no li han permès ni als membres de la família superar les dificultats.

Descripció relacions familiars

El pare en aquest moments viu sol. Els fills sans ja han marxat de casa. La relació amb ells manifesta que ha estat difícil amb la falta de la mare. L'estructura i organització familiar no van ajudar al desenvolupament de les funcions dels membres familiars.

Les interaccions entre els membres en aquest moments son bones però en la història queda recollit que en etapes anteriors havien estat marcades de conflictes i confusions . En entrevistes mantingudes amb el psicòleg queda recollit que els membres de la família funcionaven amb independència els uns dels altres sense interessar-se gaire pel que succeïa als altres .

Només mantenien el punt de trobada amb la filla /germana ingressada en el centre. En aquest tema no hi havia límits clars entre els membres . Com si tots poguessin fer-ho tot, però no es pogués fer res sense comptar amb la resta dels membres .

Situació actual

A l'actualitat la L.G.R per la seva situació de salut s'aconsella posar-li botó gàstric. Les continues hospitalitzacions per motius de broncoaspiracions produïdes per ingerir alimentació fa que sigui candidata a aquesta practica.

El pare sempre ha estat reaci i sempre culpa als cuidadors de no saber donar el menjar per la qual cosa passen aquestes coses. En el centre aquest tema ha estat motiu de conflictes ja que els cuidadors se senten molt culpables quan la pacient ha tingut que ser derivada a l'hospital. El tema de la mort està molt present i és un tema que ha estat molt treballat en sessions de supervisió que mantenen el personal d'atenció directe amb el psicòleg del centre.

Anàlisi de la intervenció del professional

El psicòleg planteja una intervenció amb el pare i els germans per tal de que acceptin la possibilitat de posar aquesta tècnica com a mitjà d'alimentació. Per això es planteja fer diverses entrevistes . Unes de caràcter individual amb el pare i altres amb tots els membres de la família ja que així tindran l'oportunitat de tenir un espai a on poder dipositar totes les angoixes que la situació els hi produeix.

El psicòleg utilitza com a tècnica l'entrevista lliure amb objectius clars de treball . Com alumne de pràctiques assisteixo a entrevista familiar a on hi son el pare i els fills sans. Davant d'aquestes intervencions el meu tutor de pràctiques sempre demana permís . La resta de dades que estic aportant queden recollides en la història clínica així com en entrevistes que mantinc amb el tutor.

Realitzo entrevistes amb els cuidadors referents a la pacient de les quals destaco:

- Els cuidadors se senten responsables de l'estat de salut que presenta la noia
- Ningú vol ser el seu referent ja que pensen que és un càrrec de consciència (si li passa alguna cosa)
- Es difícil entendre l'agressivitat amb la que en ocasions es presenta el pare en el centre quan li ha passat alguna cosa

- El tema central que apareix amb els dos cuidadors referents que tinc l'ocasió d'entrevistar és la mort. Com afrontar-la , com evitar-la.....
- Descriuen la situació de donar de menjar com si cada dia passessin un examen a on la nota és "avui no ha passat res " després ja veurem
- Expressen tenir de forma irracional sentiments de ràbia , ira contra la família . Així pensen en moltes ocasions que perquè la tenen ingressada que se l'emportin del centre si se l'estimen tant.
- Reconeixen que aquest sentiment es més d'ells que no pas una realitat que es pogués portar a en realitat ja que de forma racional entenen que aquesta pacient no pot estar a casa.
- El personal d'atenció directa planteja que el botó aliviarà fins i tot les relacions que mantenen amb els familiars
- Destaco la gran rivalitat que apareixen entre els membres familiars i el PAD

Anàlisi des de la perspectiva sistèmica

La noció de sistema implica tot un organitzat que és més que la suma de les parts , se situa en un ordre lògic diferent del dels components. Es defineix per les seves funcions, estructura , circuits de realimentació i relacions d'interdependència . Aplicat a la família , significa entendre-la com un tot organitzat en que cada membre compleix una funció i amb les seves accions regula les accions dels altres al mateix temps que en resulta afectat. Formen part d'una dansa o patró interaccional en què les accions de cada membre son interdependents de les dels altres .

Considerar la família com un sistema significa centrar-se en les interaccions actuals entre els seus membres, en lloc d'estudiar-ne cada un separatament. Des d'aquesta perspectiva cal destacar en aquest cas :

- Els pensaments i les emocions que sent el pare varien segons el que fan el que els envolten ; els seus fills sans
- El pare presenta una negació del problema que presenta la seva filla ingressada . El símptoma que presenta el pare que es tradueix en negació és explicat segons la dinàmica del sistema actual no del que passa en la seva intrapsique .
- Les interaccions que s'han anant repetint en aquesta família s'han anant convertint en regles no escrites per a tots els participants.

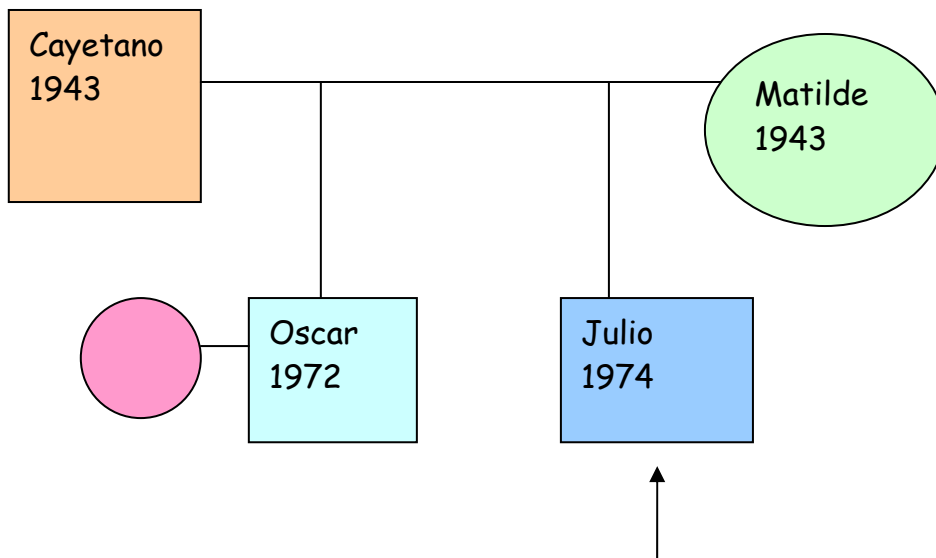
Dolors Colominas Simón

- La situació per la qual passa L.G.R influeix en tots els membres, per aquesta raó el professional veu important que la decisió sigui presa tots junts
- El professional intenta connectar amb la família i el primer que fa és intentar entrar en el sistema i així posa en pràctica la tècnica del rastreig amb l'objectiu de comprendre les regles i les pautes familiars , l'estructura (aliances, coalicions, jerarquia...).

En aquests període de pràctiques a més de treballar en aquests dos casos concrets he estat estudiant les històries clíniques dels usuaris ingressats en la residència ,al igual que d'altre material (SPC), ICAP , memòria del centreja que el tutor està interessat en que puguem incorporar un programa de comunicació alternativa en alguns pacients en concret . Degut a les dates (Setmana Santa) no he pogut fer més activitats i aquest treball sobre comunicació última queda pendent per després de festes.

4. CAS CLÍNIC : J. R

GENOGRAMA



COMPOSICIÓ FAMILIAR

La família està formada per els pares i dos fills essent en J.R el petit. El pare en aquests moments gaudeix d'un tipus de jubilació amb la qual només ha de treballar 32 dies anuals . La mare mai ha treballat i sempre s'ha dedicat al treball no remunerat de caràcter domèstic i del cuidado dels fills i altres membres familiars. El fill gran fa vida independent . Viu en parella i en aquests moments espera un fill .

Diagnòstic de la persona atesa en el centre

Síndrome Polimalformatiu . Macrocefàlia . Disminució sever - profund amb problemes de conducta greus

Motiu de l'ingrés

La família al **finalitzar** el període d'escolarització va fer petició a l'ICASS de plaça de centre de dia la qual li va ser concebuda a l'any 93.

A petició dels professionals i degut als problemes conductuals que el JR presentava a l'hora d'acudir diàriament al centre li va ser aprovada una plaça en règim residencial a l'any 94

Demanda d'ingrés

Dos tipus ;

- Familiar : demanda de centre de dia motivada per la finalització de l'etapa escolar
- Professionals : demanda residencial amb aprovació dels pares. Els professionals van detectar que la mare no podia assumir els trasllats diaris del seu fill(centre/casa) per els problemes conductuals que el J.R ja manifestava en aquell moment

Elements familiars a destacar

- Bon funcionament d'ajuda per part de la xarxa de relacions familiars. Suport familiar a càrrec dels membres de la família extensa (avis del noi ingressat , tiets materns,.....)
- Variable constant de malaltia en el nucli familiar ; malaltia del fill, dels avis , malaltia mental en una germana de la mare
- Necessitat constant d'ajuda per part de la mare ja que presenta episodis de depressió

Descripció de la conducta

Negativisme, conducta disruptiva. Coprofagia , jocs ritualitzats amb excrements. Agredeix constantment tant als seus cuidadors de referència com als companys de sala. Autoagressions constants que han portat a que se li posi un casc adequat (porta moltes lesions per tot el cos sobretot en el cap) . El director del centre amb el suport de l'equip tècnic té sol·licitada derivació a centre adequat. L'Administració no dóna resposta

Intervenció proposada

- Protocol d'intervenció
- Augment de la ratio (professionals de l'atenció directa)
- Visites amb la família en llocs reservats
- Aïllament en sala especial a on no pot compartir amb la resta de companys

Diagnòstic psicosocial en el moment actual

Família que presenta en aquests moments una situació de gran tensió , alt nivell d'ansietat en tots els membres familiars en relació al cuidado del familiar ingressat ja que consideren que no estan rebent un tracte digne , adequat i de qualitat (tant el noi ingressat, com ells com a família responsable). No acceptació per part dels pares (del germà també) de la gravetat de l'estat conductual del seu fill que adopten en forma de negació " Amb nosaltres això no ho ha passat mai , és exagerat ." "mai ho ha fet.." "necessita més vigilància i res més "

Els pares manifesten sentiments de desconfiança i temors ja que no estan tranquils en continuar l'atenció que el servei els hi ofereix = trasllat demanat per els professionals del centre (director tècnic psicòleg + metge)

Els components familiars tenen nivells de culpabilitat elevats per la qual cosa en moltes tenen reaccions afectives que es manifesten amb irritabilitat .

Procés familiar en el marc institucional

Cal destacar **dos** períodes :

- Període d'inici (ingrés residencial) fins a les crisis greus de conducta (1993/2003)
- Període caracteritzat per els problemes greus de conducta (2004 fins a l'actualitat)

En el **primer** període el procés realitzat :

- La família va tenir que enfrontar-se a un moment de dificultat que va ser l'ingrés el qual va generar un canvi en la vida dels membres
- La família va realitzar demanda de col·laboració ; sol·licitud de plaça de centre de dia i posteriorment acceptació plaça residencial
- Identificació d'elements permanents al llarg de la vida dels components familiars ; discapacitat, pèrdua ..., sentiment de culpa, malaltia mental
- Correspondència de col·laboració entre professionals i familiars

Segon període caracteritzat per els problemes de conducta del fill :

- Enfrontament de nou a un moment de dificultat a on la família no està d'acord amb les pautes que es realitza des del centre
- Sentiments de culpabilitat
- Sentiments de dipositar la responsabilitat en la institució ("és el centre qui m'ho ha de resoldre. El meu fill te una plaça adequada en el centre adequat ja que és un profund i el centre es per aquest tipus d'usuari")
- Proposta des del centre de derivació a un centre especialitzat per la qual cosa no hi ha correspondència d'actuació entre professionals i familiars

Experiència anterior (amb altres institucions i/o professionals):

La relació que els membres de la família han mantingut amb altres professionals (professors, metges) i /o institucions (escola) sempre ha estat bona . Destaca el nivell alt de col·laboració que sempre han manifestat els pares . Hem de tenir en compte que l'estat conductual d'en J.R previ a l'ingrés era "alterat" però amb control per part de l'adult així com dels educadors .

En la mida que la relació establerta amb altres professionals i institucions sempre ha estat molt bona aquesta experiència ens permet afirmar que les relacions que la família establirà seran bones amb els professionals nous del centre .

Característiques personals :

Cal destacar que les característiques personals que cadascú dels membres familiars tingui influenciarà en les expectatives que dipositin en el centre.

Mare : Persona que es caracteritza per tenir una gran labilitat emocional , amb grans sentiments de culpabilitat , gran necessitat de ser cuidada per els altres ja que sempre ha exercit un paper de cuidadora (del fill, de la seva mare...)

Pare : Membre de la família que sempre s'ha encarregat del cuidado del fill com a suport de la mare . Les seves activitats respecte al sector de la disminució han girat més als voltants del món de la gestió (associacionisme, lluita per drets i principis...)

Germà: Destaca el seu retraïment , dificultats de relació vers els altres , aïllament Dependent de les figures paternes. Grans llaços amb els progenitors

Urgència o importància de l'objectiu que s'espera :

La família diposita en el centre un grau elevat d'expectatives respecte a que la institució pugui atendre, cuidar i solventar la problemàtica que presenta el seu fill . Destaca no obstant el sentiment de compartir que manifesta la família (sortides en caps de setmana al domicili familiar) però en "aquest no poder" dipositen en la institució un alt nivell de responsabilitat

Necessitats familiars

- Necessitats de ser acollits pel centre davant de la problemàtica
- Necessitat de ser escoltats i entesos
- Necessitat de reorganitzar-se
- Necessitat d'un acompanyament als familiars per part dels professionals
- Necessitat de buscar contínuament símptomes que confirmen el benestar del seu fill i així poder negar o qüestionar allò que des del centre se'ls hi diu

Proposta relacional

- En el moment en que a una família se li aprova una plaça en el centre s'inicia una relació. Aquesta variarà prenent diferents formes; família víctima, família dependent.....
- Hem de considerar aquestes propostes ja que marcaren les relacions futures
- Hem de saber detectar quan hi ha una manipulació conscient de la família per tal de no responsabilitzar-se de llurs obligacions amb el familiar ingressat
- Les actituds dels professionals i el marc de referència han de configurar la relació professional amb l'usuari que es diferenciarà d'una relació d'amistat
- Diferenciar continguts explícits dels implícits
- Oferir un marc de confiança
- Trobar la forma d'expressió adequada
- Saber reubicar la relació a partir de la demanda

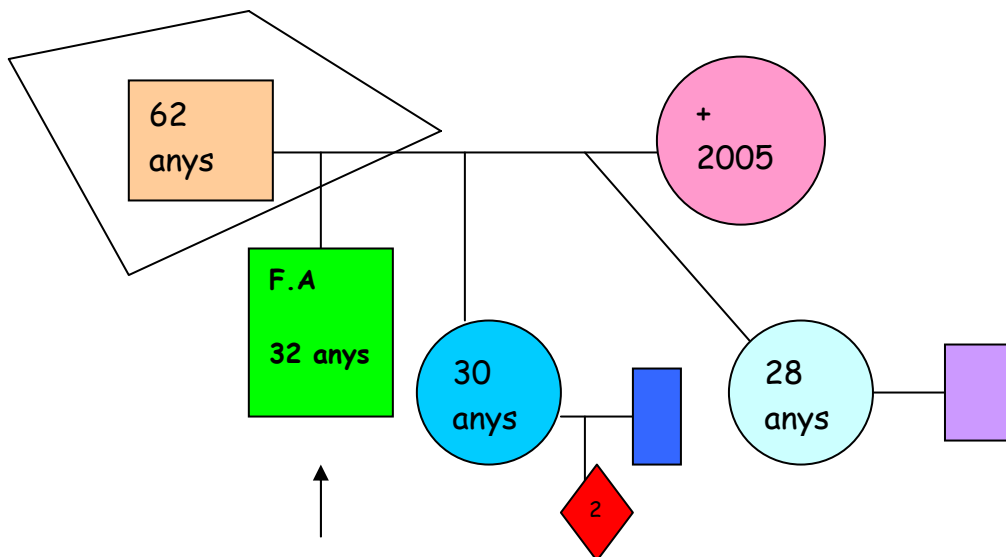
Recomanacions al personal d'atenció directa envers la relació que s'estableix amb els familiars

- Demanda no es igual a necessitat
- Escoltar les demandes que realitzen les famílies
- Donar la informació necessària
- Saber escoltar (que no significa fer allò que la família digui)
- Diferenciar la queixa del suggeriment
- No caure en les possibles aliances que les famílies vulguin fer amb els professionals
- El silenci com a resposta no pot fer sentir-nos malament
- Dir sempre la veritat davant un fet

- Reconèixer que en ocasions no es disposa de tota la informació davant un aconteixement
- Saber detectar una necessitat/ demanda de la família i derivar adequadament al professional adequat del centre .

5. CAS CLÍNIC ; QÜESTIONS ÈTIQUES EN LA INTERVENCIÓ PROFESSIONAL

Genograma



Motiu de la consulta

Un membre de la família (filla petita) realitza demanda d'intervenció del psicòleg per tal de posar límits i reconduir la relació que ha establert el pare amb el fill discapacitat des de la mort de la mare. S'acorda convocar una reunió amb tots els membres de la família per tal de crear un espai a on poder parlar de la nova situació (des de la mort de la mare) que ha generat una dinàmica difícil en les relacions dels membres que configuren el marc familiar.

Antecedents familiars

La família es tractada en el centre des de que en F.A va ser ingressat a l'any 1994. En aquell moment el sistema familiar estava format pels pares i tres fills essent en Fèlix el més gran. Les dos filles eren solteres i vivien en el domicili familiar. Existien problemes econòmics importants , el pare era un parat de llarga durada . Segons consta a la història hi havia sospites de que el pare tenia una tendència a consumir alcohol . Els ingressos familiars eren fonamentalment del treball de les filles, la pensió del fill discapacitat i l'ajuda familiar.

Les relacions familiars sempre es van presentar com a normalitzades. Sempre va destacar la gran comunicació que tenien establert amb el fill discapacitat. En F.A pateix paràlisi cerebral, va en cadira de rodes, no parla Té un 100% de disminució. Necessita ajuda constant per tal de realitzar qualsevol activitat de la vida diària . Però en canvi els pares sempre van manifestar que el seu fill els hi explicava tot el que passava en el centre.

Segons comenten els professionals , els pares sabien com establir un mitjà de comunicació (preguntes directives de si/no) i al final encertaven el que volien saber La mare tenia adquirit un paper de sobreprotecció vers el seu fill, amb gran tendència a sentir-se culpable de la situació que vivia el seu fill (ingressat en una institució en compte de tenir-lo a casa)

Per tal de compensar aquesta situació la família sempre el venia a visitar els dijous (pare i mare) i marxava a casa tots els caps de setmana (divendres tarda fins dilluns matí). Les actuacions dels pares sempre estaven encaminades a buscar qualsevol error per tal de presentar-se com a responsable del seu fill. Així els professionals de l'atenció directa sempre la qualificaven a la família de problemàtica i desconfiada Cal destacar que la mare a l'any 05 va morir per un carcinoma d'ovaris. El procés de la malaltia va ser de tres mesos .

Des d'aquell moment la situació d'en Fèlix va variar respecte a les relacions dels membres familiars. Durant aquell temps va deixar de marxar a casa i la família el visitava en el centre. El pare que presentava un alt nivell de dependència de la mare al faltar ella va començar a carregar a les filles en responsabilitats respecte al germà deficient així com les d' el . Així cada dia anava a dinar a casa de les filles i aquestes havien d'anar a fer totes les feines de caràcter domèstic

Situació familiar a l'actualitat

Actualment les filles estan casades . El pare es pensionista i cobra una pensió de viudetat . Actualment en Félix està incapacitat legalment i son les germanes qui tenen el càrrec de tutores . Des de fa uns mesos el pare ha canviat d'actitud , no ve al centre ni s'encarrega de les necessitats del seu fill. Les germanes el visiten en el centre i se l'emporten cada cap de setmana a casa seva. Aquells caps de setmana que no poden endur-se'l les germanes l'han apuntat a colònies de caps de setmana per que consideren que és millor que quedar-se en el centre.

El pare en aquests últims mesos ha començat dos relacions sentimentals . la primera amb una dona de 40 anys casada de la qual les filles destaquen que aquesta volia els diners i les propietats del seu pare.

Des de fa dos mesos surt amb una dona de 63 anys vídua, han marxat de vacances, viuen junts i no venen a veure al Félix .

Segons comenten les cuidadores en Félix està molt trist. Les hipòtesis que plantegen "és que és dona compte de que el seu pare no el visita i no suporta que vagi amb una altra dona "

Síntomatologia de la filla que realitza la demanda

Manifestacions per àrees

Àrea cognitiva :

Sensació de perill constant cap a ella i cap els altres membres de la unitat familiar "aquesta dona que s'ha buscat el meu pare vol treure'ns ho tot lo que la meva mare va construir per a nosaltres " Idees irracionals : " el meu pare vol matar al meu marit ". "Crec que volia anar a comprar una pistola " Pensaments intrusos . Idees de culpa "he de cuidar i fer-me càrrec del meu germà ja que així li vaig prometre a la meva mare "

Àrea afectiva :

Por, Ansietat ,Inseguretat .

Àrea somàtica :

Falta d'apetit .Ofec, dificultats per a respirar, mal de panxa (quan té les crisi d'ansietat) Dorm bastant bé , encara que té mals sons relacionats amb els fets traumàtics (la mort de la seva mare). Ha tingut dos crisis d'ansietat a on se li ha paralytitzat la part dreta del cos . Ha tingut que acudir el servei d'urgències en les dos ocasions. Pren tranquil·litzants

Àrea interpersonal:

Ha demanat hora al centre de salut mental de la seva zona .

Àrea conductual:

Reaccions amb símptomes clars de violència amb el seu company . No vol estar sola a casa . No surt mai amb les amigues . Plora amb freqüència. Es sent malament sobretot a la nit. Irritabilitat

Valoració del suport socio- familiar

La germana gran li ha aconsellat que visiti a un professional .. A l'actualitat la pacient presenta aïllament /retraïment amb el grup d'amics : ja no vol sortir , encara que la que la seva germana li aconsella de que surti i es distregui

Valoració

Els símptomes que presenta la Carme són l'expressió d'un conflicte , una manera de comunicar allò que la Carme no pot expressar d'una altra manera. Els símptomes la protegeixen de l'ansietat (encara que al seu torn la provoquin i això n'emmaskari el significat) Des d'una perspectiva psicodinàmica els símptomes serien un intent d'autocuració. Estan generats per la part sana de la personalitat que té la Carme . S'evidencia un gran sentiment de culpa . La hipòtesis que podrien indicar es que la Carme presenta dificultats en l'elaboració del dol de tal manera que si cristal·litzen aquests símptomes poden derivar en una patologia com podria ser una depressió major

Valoració de la demanda d'intervenció

Amb aquest cas vull evidenciar com i quina ha de ser la posició del professional. Legalment els responsables d'en Fèlix son les seves germanes . La responsabilitat que el professional pot demanar al pare en aquest cas estaria en l'esfera de lo moral ? Per tant l'actuació del psicòleg estaria carregada de valors personals ? Pot fer-ho el professional? Ha d'actuar perquè hi ha una demanda de les filles ? A què respon la intervenció si la fa? A com es posiciona el mateix professional , és a dir son els seus principis morals els que entren en jo ? Es lícit que el pare ja no vulgui ocupar-se del fill ? Que refaci la seva vida amb una altra persona ? seria un cas a on hauríem de recorre el codi deontològic ?

Les hipòtesis que plantegen els professionals de l'atenció directa son reals o responen a les seves percepcions? Defensen les seves posicions morals de valors , respecte el que aquest home està fent amb la seva vida ? .Son reflexions importants a l'hora de planificar la intervenció com a professionals . En aquest cas crec que és important que el psicòleg fes unes sessions de supervisió ja que així podria fer una intervenció més adequada .

Per situar la demanda el psicòleg hauria de tenir clar qui és el seu pacient, en aquest cas l'eix principal és el Fèlix , usuari del centre , veure les seves necessitats reals . A partir de tenir clar les variables que entren en joc amb aquest pacient i d'haver-se treballat la part de sentiments i emocions que evoca el cas el professional podria executar la seva intervenció amb criteris d'objectivitat.

ASPECTES TEÒRICS

1. L'ICAP I LA SEVA UTILITZACIÓ

L' ICAP és un instrument normatiu de mesura de la conducta adaptativa i dels problemes de conducta, que inclou un sistema de registre d'informació sobre la persona avaluada. L' ICAP ha estat tipificat en la població general de la Comunitat Autònoma Basca . Aquest projecte s'ha portat en el marc d'un acord entre l'ICE de la Universitat de Deusto i la Federació Basca d'Associacions a favor de Persones Discapacitades (FEVAS) i amb la col·laboració dels autors originals de la prova que pertanyen a la Universitat de Minesota

El concepte de conducta adaptativa es va popularitzar en el camp del retard mental a principis de la dècada dels 60 quan l' American Association on Mental Retardation va definir el retard mental sobre la base de dos criteris que deuen presentar-se simultàniament abans dels 18 anys; limitacions significatives en la intel·ligència i en la conducta adaptativa d'una persona (Heber, 1961; Grossman 1983 ; American Psychiatric Association , 1988).

Des de llavors la utilització d'aquests instruments ha anat estenent-se a altres col·lectius ; persones amb autisme (Perry y Factor, 1989) deficiències motores i /o sensorials (Icenam i altres 1985) , persones amb trastorns de l'aprenentatge , gent gran....

A l'actualitat la seva utilització no solament es limita a l'avaluació de persones sinó que s'utilitzen en el disseny de plans d'intervenció individualitzats , en l'anàlisi de les variables implicades en l'èxit de programes d'integració , descripció de grups clínicament definits, avaluació de programes i gestió de recursos.

L' ICAP te dos parts ben diferenciades , una en la que es recull informació variada d'una manera sistemàtica i estructurada i un altra formada per dos tests; un de conducta adaptativa (77) ítems i un altra de problemes de conducta .

L' ICAP ofereix les següents dades :

- Un registre de diagnòstic o diagnòstics de la persona, dades personals i limitacions funcionals (mobilitat, visió, audició, i estat de la seva salut)
- El nivell de conducta adaptativa de la persona en relació a les destreses bàsiques per a desenvolupar-se amb independència en el seu entorn com son: destreses socials i comunicatives (tant llenguatge expressiu com receptiu). Destreses de la Vida personal (que inclou destreses necessàries per a la satisfacció de les necessitats personals més immediates d'una manera independent com per exemple ; menjar, vestir-se.... destreses de la Vida en Comunitat per exemple ; la utilització autònoma de transports públics o l'habilitat de la persona per utilitzar diners o utilitzar el rellotge . Destreses motores (tant aquelles fines com les gruixudes)

Per a cada una de les escales anteriors més una general que les engloba hi ha puntuacions normatives: d'edat percentils i puntuacions típiques

Els **problemes de conducta** s'analitzen sobre la base de valoració del problema més important en vuit àrees . Per a la seva avaluació s'utilitza el grau de severitat , la freqüència de les conductes. També es registra la resposta que li donen a aquestes conductes les persones significatives de l'entorn del subjecte. . De les vuit àrees de problemes de conducta s'extrauen quatre índex normatius de problemes de conducta ; Intern Asocial, Estreno i general

L' ICAP ofereix un índex anomenat Nivell de necessitat de servei que combina les puntuacions de conducta adaptativa en un 70% i problemes de conducta en un 30% per a oferir una estimació de la intensitat de servei, atenció supervisió, o ensenyança que requereix la persona.

Els serveis. Aquesta part reflecteix els serveis i suports dels que gaudeix la persona en el moment present i una projecció de les necessitats futures . També es recullen d'una manera estructurada les recomanacions de canvi dels suports o serveis dels que disposa la persona.

L' ICAP és aplicable a persones de totes les edats i esta pensat per a ser utilitzat fonamentalment en persones amb discapacitats , encara que poden admetre un us amb altre tipus de població que en ocasions exclouen de la categoria anterior : menors amb problemàtiques de marginació, tercera edat, persones amb problemes de salut mental....

L' ICAP és una prova relativament senzilla i ràpida (uns 20 minuts quan es coneix bé) que completa de manera autoadministrada a algú que conegui bé a la persona avaluada. Els ítems estan redactats de forma que el seu contingut sigui el més precís possible . Qualsevol professional amb un mínim de pràctica en completar qüestionaris pot complimentar-lo. La interpretació i les decisions posteriors sobre les persones avaluades requereixen òbviament , personal degudament qualificat per això .

Possibles utilitzacions

Diagnòstic : Retard mental, trastorns de conducta. De les investigacions realitzades sobre la validesa de criteri de l' ICAP poden establir-se algunes conclusions de les funcions diagnòstiques de l' ICAP. En primer lloc l' ICAP pot ser un instrument molt útil en el diagnòstic del retard mental ja que les seves puntuacions diferencien entre persones que ho tenen de les que no . Segon pot ser un eficaç instrument per a diferenciar a les persones amb i sense trastorns de conducta .

La capacitat de l' ICAP de discriminar entre persones segons ubicacions (residència- pis tutelat centre ocupacional centre especial de treball) perfila una de les seves principals potencialitats. En efecte l' ICAP pot contribuir significativament als diagnòstics de "despistaje" que realitzen professionals de diferents serveis.

L' ICAP no obstant no deu ser l'únic procediment a utilitzar per a l' ubicació d'una persona en un centre o servei determinat. Decisions d'aquest tipus requereixen personal degudament format i experimentat capaç d'integrar informacions procedents de diferents fonts (altres tests, observació, entrevistes, valoracions d'altres professionals..etc). De totes maneres si considerem que l' ICAP és una eina capaç de contribuir significativament en el procés de prendre decisions , encara sempre en el marc d'una valoració global de la persona i el seu entorn .

L' ICAP pot proporcionar valuoses dades sobre les àrees més necessitades d'intervenció mitjançant la comparació dels índex obtinguts en les seves cinc escales de conducta adaptativa i quatre escales de problemes de conducta. Addicionalment l' ICAP ofereix en el seu perfil d'implicacions instructives una estimació dels graus de dificultat del programa, en forma de dos edats de desenvolupament, entre les quals pogués ajustar-se el contingut dels programes específics per a la persona avaluada de forma que el seu nivell de dificultat no sigui percebut per ella com molt fàcil o massa difícil. Aquesta informació pot ser d'utilitat en les fases inicials del disseny d'un programa concret per una persona donada. Poder pot aportar mitjançant successives aplicacions dades d'interès en el seguiment dels objectius obtinguts com a conseqüència d'un pla d'intervenció.

El qüestionari de respostes té un format molt simplificat que pot contribuir a unificar la recollida , el tractament i la comunicació de dades entre diferents serveis i professionals. Addicionalment els gràfics dels que disposa s'han dissenyat per a facilitar al màxim la comunicació i orientació a persones poc habituades a tests de mesura psicològica o educativa com pugui ser el propi subjecte, els seus familiars o professionals d'altres disciplines .

A l' obtenir-se la seva norma estadística de la població general, les mesures que es facin amb l' ICAP ofereixen un punt de referència objectiu amb el que comparar les capacitats d'una persona o un grup d'elles. Aquesta classe de comparacions poden molt bé complementar altres de tipus més qualitatiu o subjectiu.

Posseir la classe de conductes que avalua l' ICAP és d'extrema importància per a la integració social de persones amb discapacitats o amb altres problemàtiques. Per tant l' ICAP pot ajudar a oferir un retrat de les destreses , necessitat de servei..etc dels usuaris d'un centre o xarxa d'ells el que sens dubte pot contribuir a millorar la planificació i el seguiment dels serveis.

Que l'ICAP s'apliqui a persones de totes les edats i sense discapacitats fa que pugui ser utilitzat amb la mateixa persona des de l'escola infantil o el servei d'intervenció precoç passant per l'escola fins els serveis adreçats per els adults sense que perdin significació les medicions que amb aquest es realitzen. Per contra altres tests tenen un àmbit d'edat més limitat , abans o després del qual hi ha que utilitzar altres eines de forma que pot fer-se problemàtica la comparació dels progressos realitzats per una persona. L' ICAP és molt apropiat per ser utilitzat en estudis longitudinals.

L' ICAP disposa d'un programa d'ordinador que facilita la correcció, permet generar informes i explotar estadísticament les bases de dades d'un ampli conjunt d'usuaris. Tot això fa d' ell una eina apropiada per a que serveis de diversos tipus millorin la seva gestió mitjançant de l'avaluació de l'impacta que els seus programes tenen en les persones que atenen en una ampla varietat de centres (residencials, educatius, centres de dia, centres especials de treball...)

ICAP (Inventari per a la planificació de serveis i programació individual)

A. Informació descriptiva

1. Sexe
2. Mida
3. Pes
4. Idioma que entén millor la persona avaluada
5. Manera principal d'expressió
6. Estat civil
7. Estat legal

B. Categoria diagnòstica

1. Diagnòstic principal
2. Altres diagnòstics

C. Limitacions funcionals i assistència necessària

Dolors Colominas Simón

1. Nivell de retard mental
2. Visió audició
3. Freqüència de crisis epilèptiques
4. Salut
5. Precisa d'atenció d'infermeria o d'un metge
6. Medicació que pren a l'actualitat
7. Limitacions en les activitats de la vida diària
8. Mobilitat
9. Ajudes per a la seva mobilitat

D. Conducta adaptativa

1. Destreses motores
2. Destreses socials i comunicatives
3. Destreses de la vida personal
4. Destreses de vida en la comunitat

E. Problemes de conducta

1. Comportament autolesiu
2. Heteroagressivitat
3. Destrucció d'objectes
4. Conducta disruptiva
5. Hàbits atípics i repetitius (estereotípies)
6. Conducta social ofensiva
7. Retraïment o falta d'atenció
8. Conductes no col·laboradores

F. Ubicació residencial

1. Residència actual
2. Recomanació de canvi

G. Serveis de dia

1. Serveis de dia actuals
2. Recomanació de canvi

H. Serveis de suport

1. Que utilitza actualment
2. No els utilitza actualment encara que convé estudiar la seva utilització

I. Activitats socials i d'oci

1. Activitats durant el mes passat
2. Factors que limiten les activitats socials

J. Informació general i recomanacions

2. PREPARACIÓ MATERIAL PER A TREBALLAR LA COMUNICACIÓ ALTERNATIVA AMB USUARIS DEL CENTRE

La comunicació en les persones disminuïdes psíquiques

Aspectes conceptuals

Donat que la comunicació avarca tot un complex entramat es fa necessària realitzar unes quantes definicions amb l'objectiu de compartir significats .

Comunicació : Procés mitjançant el qual els individus condicionen recíprocament la seva conducta en la relació interpersonal

La interacció : La Comunicació és dona en la relació interpersonal o dit d'altre manera en la interacció que es defineix com "influència recíproca o mútua entre dos persones , sistemes..etc

La Socialització : Prèviament a convertir-se en un home -ésser social que es relaciona adequadament amb l'entorn que l'envolta , el nen haurà d'haver seguit un llarg procés d'adaptació al medi, pel que li serà imprescindible poder -se comunicar, altrament la seva adaptació no serà satisfactòria

El llenguatge Però el sistema de comunicació humana per excel·lència , el més complert i complex , el més perfecte, és el llenguatge verbal (del llatí VERBUM = PARAULA)

Llenguatge és la capacitat de relacionar-se i transmetre informació per mitjà de signes lingüístics, la llengua és el codi que utilitzem cada grup de parlants per a comunicar-nos i per tant és un concepte abstracte i social. I els usos concrets i individuals son els actes de parla .

El llenguatge no apareix de cop sinó que segueix un procés evolutiu. "El desenvolupament del llenguatge suposa una negociació entre dues persones. El nen s'enfronta amb el llenguatge de grat o per força; el llenguatge es va forjant per tal que les interaccions comunicatives siguin efectives i estiguin ben sintonitzades " (Bruner)

Pre- llenguatge. Necessitats i diferenciació El primer que el nen comunica son les seves necessitats indiferenciades. Progressivament, però anirà definint les necessitats a mida que augmenti l'experiència i el coneixement. Sobre aquestes conductes expressives s'aniran construint les posteriors habilitats del nen. Serà a base d'anar repetint aquests esquemes expressius que el nen acabarà captant l'esquema com un tot:

Pròpia conducta → Respostes determinades del mitjà

I un cop que el nen ha captat podrà fer una predicció sobre les respostes generades per la pròpia conducta. I aquesta predictivitat serà l' inici del desenvolupament de l'anticipació.

Des del punt de vista de Bruner l'adquisició del llenguatge és un diàleg entre el mecanisme d'adquisició (LAD= dispositiu per a l'Adquisició del Llenguatge- Chomsky) del nen i el servei d'assistència de l'Adult (SAAL) De fet és la mare qui dóna contingut a les primeres expressions del nen

Llenguatge gestual però que passa a les edats precedents ? Les investigacions han demostrat que prèviament al llenguatge el nen indica, mostra, demana, dóna i tot això gràcies al gest, que juntament amb les mirades i els somriures faran possible que pugui tractar i influir als altres. Aquesta comunicació s'anomena llenguatge gestual.

De manera que pel que fa a la comunicació hi ha dos formes de llenguatge:

1. Gestual
2. Verbal

El gest . Abans d'utilitzar la llengua de la seva comunitat social el nen passa per l'etapa pre - lingüística en que sense utilitzar els signes de la llengua , utilitza un altre mitjà de comunicació que és el gest.

Funció simbòlica Si fins ara el nen era capaç de reproduir i indicar cosa que li era suficient per als intercanvis fins al primer any a mesura que vulgui expressar objectes o fets no presents li serà indispensable un sistema que li permeti fer present tota la realitat: la present, l'absent i la imaginària. Per això necessita la REPRESENTACIÓ .

El nen entra en la funció simbòlica utilitzant primer la imitació, directe o diferida el joc simbòlic (reproduint el que li envolta) i el llenguatge que li permetrà formes il·limitades de comunicació.

Funcions del llenguatge Quan fem el llenguatge ho fem amb una intenció o funció determinada. Segons quina sigui la intenció en el moment de comunicar-nos podem definir les funcions que corresponen :

Schaeffer (psicolinguista /1985) planteja unes funcions lingüístiques seqüenciades de més assequibles a més complexes :

- Funció d'expressió dels desitjos
- Funció de referència
- Funció de conceptes de persones
- Funció Investigadora o de demanda d'informació
- Funció d'Abstracció, Joc simbòlic i conversació

Com és la comunicació en les persones disminuïdes psíquiques

Tenint en compte uns trets generals que podríem definir la població disminuïda psíquica i que són els següents :

- Dificultat d'adaptació a l'ambient
- Dificultat d'enfrontar-se a les exigències del medi
- Dificultat d'aprofitar les experiències

I sense oblidar que molts presenten dificultats afegides , com poden ser problemes motors de diversa índole i trastorns psíquics de diferent complexitat. Intentaré fer un esbós d'una definició global de les característiques del seu llenguatge :

Es presenten arítmies degudes a dificultats en els mecanismes de la parla que no els permeten l'evocació i l'expressió verbal en el moment oportú. A més hi sol haver una respiració incorrecta. La seva aparició és tardana i en alguns casos no apareix (RM profund o lesions cerebrals) i pot quedar-se en una comunicació gestual. A més la dificultat més important és la manca d'interès en parlar o comunicar-se si no és que tingui algun sentit per ell. A vegades els costa sobrepassar l'estadi ecològic en que es repeteix l'última paraula o síl·laba.

En definitiva només accediran amb sort al llenguatge concret i dins d'aquest tindran un coneixement pobre del significat de cada paraula , podent relacionar unes paraules amb altres amb molta dificultat, reflexionat la seva deficient capacitat de classificació i formació de conceptes.

Es evident que els trastorns de llenguatge (més o menys greus , tant se val) provoquen una sèrie de repercussions :

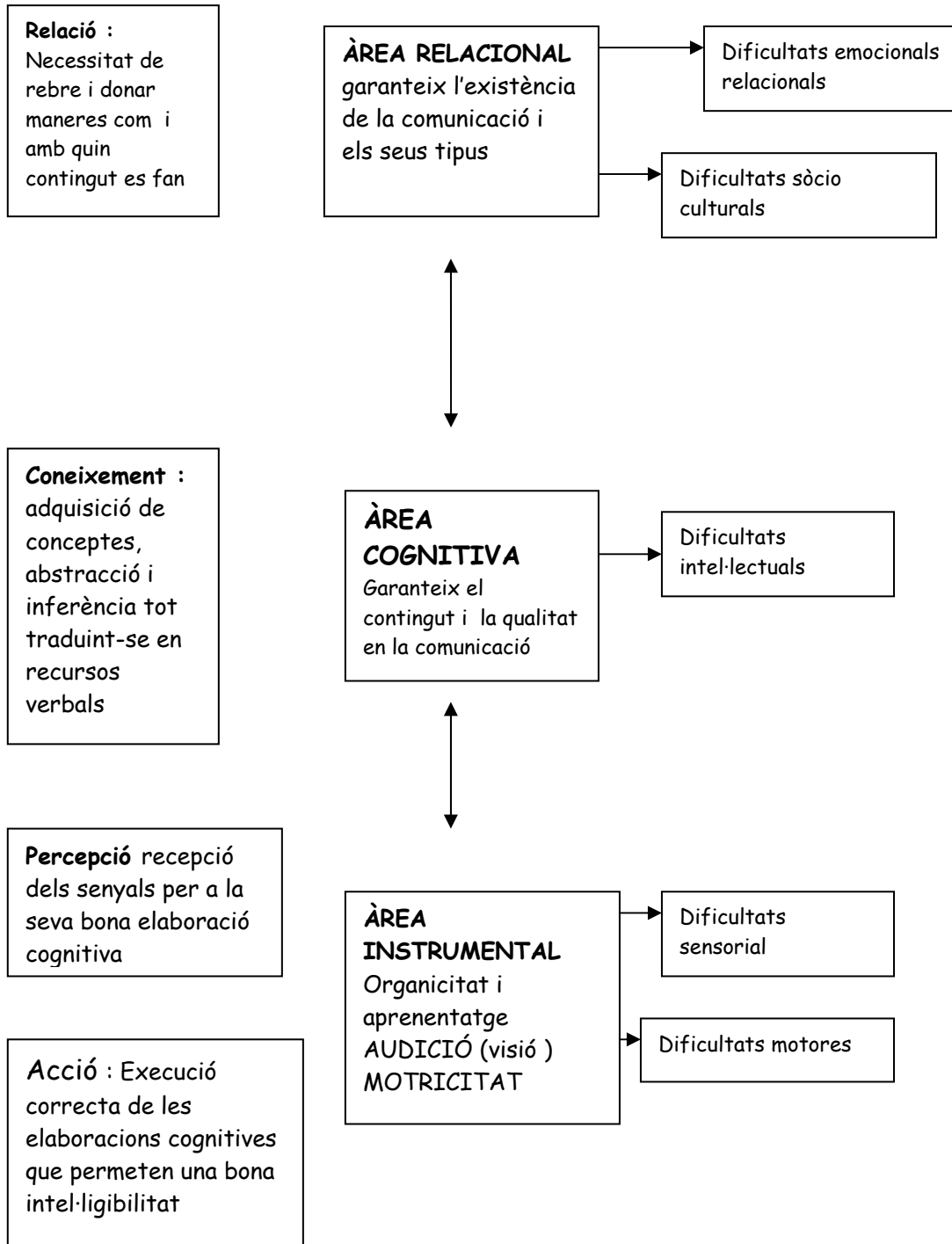
- Incomprensions
- Incapacitat de transmetre Missatges
- Incapacitat de comprendre missatges

Tot això afectarà la història personal de cada subjecte provocant una tendència l'aïllament , relacionada directament amb el fet de les seves pròpies limitacions i també deguda a les respostes i condicions del mitjà que l'envolten per a estructurar interaccions

=FRACASSOS COMUNICATIUS i FEED- BACKS NEGATIUS

Conclusió La conducta que produeix conseqüències negatives tendeix a disminuir

DIMENSIONS DE LA COMUNICACIÓ



Evolució del llenguatge

Primers plors	Fins a 7 setmanes
Laleig	6 setmanes -6 mesos
Balbuceig	6 mesos-12 mesos
Inici i comprensió verbal	8 mesos
Coordinació gest i so comunicatiu	9-10 mesos
Produccions comunicatives voluntàries	10-12/13 mesos
Primers mots estables	12/14 mesos
Mots en funció de frases	12/14 - 18 mesos
Combinació de dos mots en frases	18-24 mesos
Estructuració estable de les frases simples	3 anys
Període d'eixamplament de la frase simple i automatització de recursos morfosintàctics	3-4 anys
Inici organització de textos (grups de principals i subordinades) de forma proposicional	3.6/ 4 anys
Consolidació de l'aprenentatge Inici d'aspectes cognitius peculiars usos especials	6 anys- endavant

CONDICIONS PRÈVIES A LA INTERVENCIÓ, L'ANÀLISI DELS ASPECTES COMUNICATIUS QUE S'ESTAN PRODUINT DES DE LA PERSPECTIVA DELS USUARIS I DES DE LA PERSPECTIVA DELS INTERVENTORS SOCIALS

Condicions prèvies bàsiques per a poder treballar

Tot i que sembli que davant de les dificultats comunicatives simplement hem de triar el mètode alternatiu adequat, això no es , ni molt menys tant senzill de fer. Prèviament s'han de fer moltes tasques avaluatives en general i de valoració de la persona en particular, abans de decidir quin serà el codi de més eficàcia. Un cop molt ben realitzat això haurem d'analitzar les característiques específiques de cada mètode alternatiu i/ o augmentatiu i en concret els seus requisits d'utilització.

Punts bàsics ha de presentar aquest treball previ d'observació - avaluació.

1. Des d'una perspectiva de l'emissor (els usuaris)
2. Des de la perspectiva del Receptor (els cuidadors)

Recursos de comunicació que tenen els usuaris

Hi ha tres preguntes bàsiques a realitzar ;

- a.1 Què diu
- a.2 Com ho diu
- a.3 Quan ho diu

- a.1 Continguts de la comunicació
- a.2 Quins instruments o recursos te :
 - a.2.1 Què utilitza
 - a.2.2 Què pot utilitzar

- a.3 En quines circumstàncies concretes busca comunicació
- a.4 factors addicionals de la comunicació

Des del receptor / emissor (és a dir el cuidador)

Ens hauríem de preguntar individualment :

- Aspectes mecànics que utilitzem
- Com responen als seus actes comunicatius
- Quins factors ens influencien en els processos de Comunicació

EINA PER TAL DE VALORAR LA UTILITZACIÓ DE LES FUNCIONS COMUNICATIVES PER PART DELS PACIENTS

OBJECTIU : Determinar les funcions comunicatives que utilitza el subjecte i com les utilitza

-
- 1. Demana objectes** **SI** **NO**
Per exemple; mirant-los, assenyalant-los amb la mà , amb el dit
- 2. Demana accions del cuidador** **SI** **NO**
Per exemple mirant o assenyalant persones , objectes que impliquin una acció d'adult (el llum per a que l'enceguin amb el dit, etc
- 3. Expressa el seu rebuig a fer coses** **SI** **NO**
Per exemple plora , diu que no ,tanca la boca si no vol menjar, tanca els ulls , aparta els objectes ..etc
- 4. Reclama l'atenció d'altres persones utilitzant gestos o sons** **SI** **NO**
Per exemple ; crida , plora, vocalitza, mou les mans, mira cap a l'adult amb insistència ...etc
- 5. Reclama continuacions** **SI** **NO**
Per exemple , si acabat el menjar i en vol més mira el plat o l'assenyala si ha acabat un joc segueix movent-se com ho feia en el joc.....
- 6. Expressa plaer o satisfacció** **SI** **NO**
Per exemple; somriu, fa moviments expressant alegria etc
7. Diu hola i adéu **SI** **NO**
Utilitzant gestos **SI** **NO**
Utilitzant símbols **SI** **NO**
- 8. Contesta a preguntes tancades dient Si o No amb gestos més o menys convencionals** **SI** **NO**
Per exemple ; contestar les següents preguntes ; vols menjar? Et dius Carles ? això és un got?.....
- 9. Contesta preguntes obertes :**
Per exemple preguntes com ; on està la taula ? on està en Joan ? qui és la Maria ?.....
- 9.1 Mirant cap els objectes o persones **SI** **NO**
9.2 Assenyalant amb la mà o el dit **SI** **NO**
9.3 Utilitzant gestos **SI** **NO**
9.4 Utilitzant símbols o gestos **SI** **NO**

Dolors Colominas Simón

10. Demana objectes utilitzant símbols o signes **SI** **NO**
- 11 Demana accions del cuidador utilitzant símbols o signes **SI** **NO**
12. Expressa rebuig o negació a fer coses, utilitzant símbols o signes **SI** **NO**
13. Reclama continuacions utilitzant símbols o signes **SI** **NO**
14. Expressa emocions utilitzant símbols o signes **SI** **NO**
15. Descriu dibuixos utilitzant símbols o signes **SI** **NO**
16. Explica acontejement utilitzant símbols o signes
- 16.1 que li han passat **SI** **NO**
- 16.2 que li estan passant **SI** **NO**
- 16.3 que li passaran **SI** **NO**
- 16.4 ho fa espontàniament **SI** **NO**
17. Constata no existències utilitzant símbols o signes **SI** **NO**
(per exemple; Pere no hi es, no tinc menjar....etc)
- 18 Formula preguntes utilitzant símbols o signes **SI** **NO**
-

OBSERVACIONS**NOM:****DATA:****EDAT:****EXAMINADOR :**

SISTEMES DE COMUNICACIÓ AUGMENTATIVA I / O ALTERNATIVA

Sistemes de comunicació sense ajut. Sistemes de comunicació amb ajut. Ajuts tècnics per a facilitar la comunicació

Es presenten en dos grans grups :

Sistemes de comunicació sense ajut , No requereixen cap instrument o ajut tècnic per que pugui haver-hi la comunicació. Solen emprar moviments de la cara, el cap, les mans , els braços i les altres parts del cos.

Sistemes de comunicació amb ajut: requereixen alguna mena d'assistència externa, instrument o ajuda externa, instrument o ajut tècnic, des de cartolines amb il·lustracions , taulers, fins a ordinadors i altres ajuts tècnics de complexitat diversa

La següent relació és una mostra de la varietat que ofereixen els **sistemes sense ajut** amb un nivell progressiu de menys a més abstracte.

1. Gestos d'ús comú. Aquells gestos d'ús habitual en una comunitat lingüística.
2. Codis gestuals no lingüístics. Son gestos elementals que a vegades tenen gestos representatius. Van esser ideats o adaptats amb una finalitat educativa o terapèutica : Codi gestual Amer-Ind , Codi de ganyotes, signes indiosincràsics.
3. Sistemes de signes manuals dels sords . El més estudiat és l'americà (ASL- Llenguatge de signes americà). També hi ha el llenguatge de Signes espanyol, LSE
4. sistemes de signes manuals pedagògics ; Programa elemental de comunicació Bimodal
5. Llenguatges codificats gestuals ;Alfabets manuals, codi morse gestual , Hand cued Speech.

Els **sistemes amb ajut** ofereixen bastants opcions i van des de sistemes pre-simbòlics adequats per persones amb poc nivell cognitiu fins a sistemes que impliquen necessàriament la lecto-escriptura.

1. Sistemes basats en elements molt representatius
2. Sistemes basats en dibuixos lineals (pictogrames) . Hi ha els següents ; Picsyms, PIC (Pictogram Ideogram Communication) , PCS (Picture Communication Symbols)

Dolors Colominas Simón

3. Sistemes que combinen símbols pictogràfics ideogràfics i arbitraris ; sistema Rebus , sistema Bliss
4. Sistemes basats en les experiències d'ensenyament de llenguatge de micos . Entre els diferents sistemes hi ha el Premak.
5. Sistemes basats en l'ortografia tradicional
6. Llenguatges codificats amb ajut

Ajuts tècnics . A banda d'aquests sistemes , hi ha una sèrie d'ajuts tècnics encaminats a facilitar la comunicació i poden ser des de taulers , màquines d'escriure , fins a ordinadors

1. Taulers e comunicació
2. Màquines d'escriure
3. Comunicadors i ordinadors: els comunicadors solen substituir la fonació. L'ordinador permet la trascodificació del missatge

Adaptacions que s'hi poden fer:

- A. En el hardware ; adaptacions per a l'accés, Ús de diferents perifèrics
- B. En el software ; Possibilitat d'aplicació de diferents programes segons el nivell o les possibilitats de l'usuari

COMMUTADORS , tot i que bàsicament la seva aplicació més important va directament vinculada a l'entorn informàtic, donat que també tenen altres entorns amb possibilitats d'aplicació es relacionen de forma independent ;

- De pressió
- De palanca
- Pneumàtics ; La pressió de l'aire acciona un interruptor elèctric connectat amb el sistema de comunicació a utilitzar
- De contacte; on els sensors que reaccionen al tacte, la humitat ...etc
- Complexos ; son del tipus mioelèctrics

ASPECTES PROCEDIMENTALS BÀSICS A TENIR EN COMPTE EN LA IMPLANTACIÓ D'UN SISTEMA. PROCÉS DE PRESSA DE DECISIONS

A) Anàlisi de sistemes i la seva adequació .

Si per iniciar qualsevol tipus d'intervenció en l'àmbit de la comunicació hem de realitzar prèviament una anàlisi dels nivells comunicatius actuals dels subjectes, per l'altra banda hem de fer un altre tipus d'anàlisi que és el que fa relació a com són els sistemes de comunicació augmentativa i quina és la seva adequabilitat.

Raó ; hi ha d'haver un ajust entre les característiques del subjecte i les característiques del sistema

Relativitat dels sistemes : quines coses de cada sistema podrien ser aprofitables ?

B) Concreció

Després d'escollir el sistema s'ha de realitzar l'ajust. Per això haurem de seguir un procediment estructurat ;

B.1 Des de la perspectiva de l'ajust **sistema - subjecte** :

b.1.1 Anàlisi del sistema

b.1.2 veure si el subjecte pot respondre a les premisses del sistema

b.1.3. Considerar altres característiques del subjecte que permetin ampliar les possibilitats del sistema

b.1.4 Establiment de pautes de treball. Des de la selecció dels continguts fins a la temporalitat.

Críteris que ens poden ser útils :

- Funcionalitat
- Requisits per a l'aprenentatge
- Fase d'intervenció
- Contextos d'aprenentatge
- Avaluació

En l'avaluació ens hem de fer preguntes relacionades amb la resposta del subjecte i amb la nostra intervenció i implica una anàlisi i una presa de decisions que ha de ser clara i estable .

En el treball em quedaria escollir els pacients que crec poden ser candidats a la posta en marxa de sistemes de comunicació i seguir els procediments que he explicat en aquest treball.

ACTIVITATS VARIES

ICAP I LA SEVA UTILITZACIÓ

Durant aquest període de pràctiques he passat cinc test a cinc usuaris en regim de residència . El centre està fent gestions per aconseguir el programa informàtic i justament s'està començant a passar el test a tots els pacients . D'aquesta pràctica destaco :

- El protocol de codificació és molt laboriós i entretingut.
- La puntuació ICAP s'obté a partir de la puntuació Directa de conducta Adaptativa i l'índex General de problemes de conducta (9 nivells)
- La conducta adaptativa no la descriu en funció del grau d'autonomia (per exemple ; amb ajuda , amb supervisió, independentment o totalment dependent) sinó que partint de la total autonomia recull les vegades que el subjecte realitza la conducta sense supervisió ni ajuda.
- Es valora no solament la conducta que realment realitza sinó també la que podria realitzar però que no fa pel motiu que sigui la qual cosa introdueix un fort component de subjectivitat per part de l'avaluador
- Respecte als problemes de conducta , és bastant complet el repertori de conductes que avarca i introdueix com aspecte important a tenir en compte la gravetat de la conducta problema així com la freqüència de la conducta .

MUSICOTERÀPIA

En el centre des de fa un mes s'ha posat en marxa unes sessions de musicoteràpia amb un professional especialista . Des de la direcció del centre s'ha encarregat a l'àrea de psicologia que treballi amb aquest professional per tal de plantejar els objectius tant de caràcter general de l'activitat com els específics per a cada usuari.

La meua funció encomanada pel tutor de pràctiques es realitzar una observació del que passa en la sessió. L'objectiu és per poder fer una valoració d'aquells aspectes que considerem s'han de millorar i quines estratègies d'intervenció es podrien posar en marxa .

Per tal de treballar he demanat tenir accés a les històries clíniques i així poder extreure les dades que considero oportunes per poder fer unes valoracions més adequades . Les dades que considero importants son ; els diagnòstics , edats dels usuaris, estat mental que presenten, habilitats , interessos

De l'observació mantinguda :

- La sala a on es realitza l'activitat són les mateixes classes a on estan els usuaris. El meu parer es que això dificulta ja que hi ha molts estímuls en les classes que poden distorsionar l'atenció que necessiten els usuaris.
- La col·locació dels usuaris també és un element fonamental ja que considero que si estan disposats en forma circular podrem fomentar la imitació en alguns casos
- En aquells casos en que els usuaris tenen més capacitats cognitives i que per exemple son capaços de reconèixer l' instrument (guitarra, tambors...) son més receptius i col·laboradors en l'activitat
- Es fa necessari programar les activitats ja que sinó podem caure en fer solament una activitat d'animació

El tutor de pràctiques es defineix dintre d'un model psicodinàmic i a la vegada utilitza el model sistèmic en les intervencions de caràcter familiar.

Aquesta activitat em planteja que és fonamental que tingui en compte l'estadi en el que es troba l'usuari. Cap a on pot evolucionar, quines son les capacitats reals de les quals partim . Acordem que el proper dia 4 d'abril farem una reunió per elaborar indicadors i així fer una correcta observació

Aquest és un tema important ja que l'observació sense cap tipus d'ítems pot fer que ens apporti dades sense cap tipus d'interès per tal d'orientar la intervenció.

ACTUACIÓ DAVANT LA MORT D'UN USUARI DEL CENTRE

Estant en pràctiques la infermera del torn avisa que un usuari respira amb dificultats . L'equip d'infermeria amb la doctora van a supervisar el cas i en aquell moment l'usuari pateix un atac al cor i es mort. La família ve al centre però el noi ja està mort. La doctora fa les indicacions als familiars per tal de tramitar els papers a la funerària.

Intervenció amb el psicòleg. Entrevista de consol i de suport a la família.

S'improvisa una morg en infermeria . El psicòleg fa la intervenció en aquell espai. La mare vomita sentiments de culpabilitat . Encara que fa 12 anys que estava ingressat en el centre considera que hauria d'haver-lo tingut a casa. La intervenció va encaminada a desculpabilitzar a la mare. Les intervencions son del tipus "vostè ha fet tot el que ha pogut . El seu fill tenia 54 anys , vostè porta tota una vida dedicada al seu fill " .

El psicòleg fa intervenció amb els cuidadors de referència que estan molt afectats. Surt un tema prou interessant : recordar que les persones que en allà s'atenen estan delicades de salut. Per els que treballen allà les persones que atenen estan bé ja que s'han acostumat a una normalitat que en el fons no es normal. Quan diuen es que estava bé . El psicòleg emmarca aquest estar bé Que significa ? Recorda que l'usuari **B.A** portava botó gàstric , es a dir alimentació per sonda , estava operat d'un tumor de la cara i a demés estava impossibilitat . Parlen de la qualitat de vida .

La intervenció del psicòleg ha estat encaminada a ajudar tant als cuidadors com als familiars per tal de reduir el dolor de la pèrdua. Mitjançant la seva orientació, la seva escolta ha buscat millorar el benestar tant del PAD (personal d'atenció directa) com dels familiars .

FORMACIÓ

Assistència a formació destinada a pares. Tema a tractar ; L'alimentació en aquests tipus de malalts.

Assisteixen **22** famílies . La sessió te una durada d'una hora i mitja . La professora realitza la xerrada de forma dinàmica; utilitzant les noves tecnologies ; diapositives, els participants es col·loquen de forma circular.....

L'objectiu del curs és conscienciar als familiars en el tema de l'alimentació ja que s'ha detectat que els dies de visites porten berenars que en la gran majoria no s'ajusten amb les dietes que en el centre s'estan donant.

Per un altre costat usuaris que surten en els caps de setmana tampoc se'ls garanteix des de casa la continuïtat a la dieta proposada des del centre.

Es donen pautes per disminuir el risc en segons quin tipus d'aliments que porten al centre . Ex : iogurts sense neveres , trajecte altes temperatures .

L'alimentació es un tema difícil de treballar ja que té a veure amb la relació que estableixen amb els seus fills . La gran majoria d'usuaris no parlen....la comunicació es quasi bé nul·la .L'alimentació com son els berenars son facilitadors per què puguin establir una relació entre familiars i usuaris.

Considero adequat fer aquest tipus d'intervenció ja que així els familiars poden tenir un espai a on disposar les seves angoixes. Crec que una intervenció en aquest nivell pot donar millors resultats que si es fa una intervenció de caràcter individual amb professionals del centre.

REUNIONS ; SESSIÓ CLÍNICA

Assisteixo a sessió clínica. En aquesta sessió participen els professionals del centre i analitzen un cas des de les diferents vessants. Pacient **J.A.M**
Aquest pacient està ingressat en el centre des de fa deu anys. Està diagnosticat de la síndrome de Down. El motiu d'ingrés va ser per els problemes de conducta que presentava el noi en el domicili. Com a patologies que calen destacar és la ceguesa i problemes a la pell (psoriasi) . El problema de ceguesa sempre ha dificultat la seva autonomia la qual cosa l'ha portat a tenir rebequeries constants.
A nivell familiar cal destacar que els pares són persones molt grans, amb problemes de salut i de mobilitat. En aquest cas són els germans qui es fan càrrec de les necessitats del noi.

Problema que presenta: En aquests moments en **J.A** manifesta un comportament negatiu davant de qualsevol activitat que se li proposa. Crida constantment i reclama l'atenció dels cuidadors . Ha estat derivat a l'especialista de la pell ja que li han sortit molts èczemes per tot el cos. Cal destacar que les parts més afectades del cos són la cara, els braços i les cames.
Es repassa la medicació que pren . Des del servei d'infermeria es comenta que el tractament no està donant els resultats esperats.

Intervenció Àrea Psicologia ; La intervenció des d'aquesta àrea està encaminada a analitzar les conductes que manifesta el pacient al igual que es realitza un anàlisi dels canvis efectuats en el centre. Així es comenta que com **J.A** presenta una estructura molt rígida no se'l va canviar d'habitació però en l'actualitat degut a modificacions estructurals en la residència el mòdul on està dormint han hagut canvis de pacients. És a dir si ens fixem el professional el que intenta es situar al pacient en el seu entorn més proper .

Per aquest motiu s'analitzen les variables que poden haver modificat la seva conducta en els últims dos mesos en el centre. S'analitza llavors com s'ha realitzat l'arribada de pacients al mòdul i quin treball s'ha fet amb en **J.A**.

Des de l'àrea de psicologia es parla dels orígens de les malalties psicosomàtiques . Com a hipòtesis que es planteja ; l'estat actiu de la malaltia respon a les ansietats que el pacient presenta davant dels canvis que s'han produït en el centre. A partir d'aquesta hipòtesis el tutor de pràctiques en el grup de treball dóna explicacions i estratègies perquè els professionals de l'atenció directa puguin fer una intervenció per tal de reduir l'estat d'ansietat i així millorar el seu estat de salut. En la mida en que aquests aspectes més interns no es treballin el pacient no podrà donar una resposta al tractament farmacològic.

La figura del cuidador de referència haurà d'efectuar una intervenció d'acompanyament , de situar al pacient en l'espai al igual de coneixement dels nous companys en el mòdul. El problema central és oferir seguretat a aquesta situació nova que en el **J.A** està produint-li un desajust en les seves relacions socials al igual que li estan provocant un desajust es la seva salut .

PREPARACIÓ SORTIDA

El tutor de pràctiques m'encarrega que juntament amb els cuidadors organitzi una sortida per tal de poder treballar :

- Per un costat amb el torn de cuidadors i així posar en pràctica tècniques de treball grupal i
- Que els nois puguin gaudir d'una sortida a l'exterior

Faig un primer contacte amb els cuidadors per tal de presentar la proposta de realitzar una sortida. Tot el torn està d'acord. S'escull dos llocs ; zoo de Barcelona o bé una granja d'animals ubicada a Viladecans . De la reunió mantinguda amb els cuidadors del torn cal destacar:

La reunió la faig sense el tutor de pràctiques . El grup consta de 10 professionals d'atenció directa. Centro el tema; sortida però apareixen temes com l'horari de la sortida que no és coincident amb els seus horaris . Plantegen si les hores que facin de més seran retribuïdes o no . Intento recollir les propostes que fan i fer de guia en la reunió aplicant tècniques com : donar paraules per ordre, realitzar una pluja d'idees per escollir el lloc de l'excursió, establir propostes a la Direcció del centre.....

Em poso en contacte amb els dos llocs escollits. El primer problema que em trobo és el transport adaptat ja que no totes les companyies disposen de vehicles adaptats . Finalment em comunico amb RAVIGO i sol·licito un pressupost. Acordo amb la granja de Viladecans anar a veure-la ja que no sabem si està adequada a les necessitats dels usuaris del centre. La setmana prèvia a la Setmana Santa farem la visita. Hem de mirar els preus i com s'organitzarà els diferents torns de treballadors ja que si l'horari de l'excursió es fa de 10h a 17.30h agafarien als dos torns de treballadors.

D'aquesta activitat destaco:

- La dificultat de que el grup de treballadors es posi d'acord en la pròpia organització de la sortida
- La impossibilitat de sortir un gran nombre de persones si aquestes van en cadira de rodes ja que no hi ha una gran oferta de transport adaptat.
- La gran quantitat de temps de dedicació que s'ha d'invertir ja que s'han de tenir en compte un nombre important de variables com son: que estigui adaptat el lloc a on anirem , que aquest lloc disposi de banys adaptats , que hagin espais a on col·locar colxonetes ja que aquestes persones necessiten estar en espais diferents a la cadira....., el menjar (triturat).....el nombre de cuidadors que es necessita per fer la sortida.

ENTREVISTA

El tutor de pràctiques em deixa assistir a una entrevista amb els pares d'aquest pacient. El meu paper és el d'observadora. Demana permís per poder assistir als pares i aquestos accepten . L'objectiu de l'entrevista és la d'oferir suport als pares en la situació difícil que viuen .

Com a temes que sorgeixen destaquen :

- Sentiment de culpabilitat per part dels pares respecte a les conductes agressives que manifesta el seu fill cap a altres usuaris i treballadors del centre.
- El tutor un cop parlen de l'estat actual del noi centra l'entrevista en la parella a on es treballa la comunicació entre ells dos com a sistema familiar.
- Les pautes de comunicació que tenen establertes fa que un dels membres es comporti de forma simptomàtica . Així les accions que manifesta el fill influeixen en els altres i aquestes al seu torn , formant una part recurrent.
- El tutor considera a la família com un sistema per la qual cosa es centra en les interaccions actuals entre els membres en lloc d'estudiar-ne cada un separatament.

- Les interaccions que es donen en el marc de la parella es repeteixen convertint-se en regles . Així doncs expliquen com repeteixen patrons interaccionals; quan es porten els dissabtes al seu fill a casa . Ell no vol quedar-se , la mare li diu que si encara que sap que no es quedarà i surt la baralla entre els pares.
- En aquesta parella cal destacar una interacció complementària basada en l'acceptació . Les conductes que intercanvien son diferents però s'encaixen . Un ordena, l'altre obeeix. No obstant aquesta complementarietat s'ha convertit en un patró rígid

REVISIÓ DOCUMENTACIÓ

Es preveu proper ingrés de centre de dia pel mes de maig . El tutor em deixa veure la documentació que s'aporta des de l' ICASS; informe mèdic, social i psicològic . Puc veure el diagnòstic ; paràlisi cerebral amb un 98% de disminució. Com a característiques de la persona; no parla, està confinada a cadira de rodes i necessita ajuda constant per tal de realitzar qualsevol activitat de la vida diària. Ha estat escolaritzada des dels 4 anys en escola especial . Properament el tutor mantindrà una entrevista amb la família a la qual considera podré assistir .

CONCLUSIONS

Les pràctiques que he realitzat sota la supervisió del tutor /professional del centre les he d'emmarcar des de la perspectiva psicodinàmica i sistèmica ja que son els dos enfocaments que treballen des de la institució a on he estat. M'agradaria destacar aspectes que he treballat però que no he especificat en els diferents llibres que he anat presentant al llarg del semestre però que considero de suma importància a l'hora d'un bon exercici professional. Les persones ateses en el centre al igual que els seus familiars destaquen les seves situacions que tenen com a característiques principals la multiciplitat i la diversitat de factors. Multiplicitat per què les integren diferents elements personals i socials interrelacionats i diversitat per què el psicòleg pot atendre des d'una persona que ingressa fins a qualsevol integrant de la família , persones de totes les edats que es troben en situacions diferents i que en el moment que es posen en contacte amb la institució presenten generalment una dificultat. Moltes de les situacions que presenten els usuaris i els seus familiars son el resultat de la interacció de diferents elements , cada un dels quals potser per ell mateix no constituiria un motiu d'atenció però que en concórrer en un mateix moment i en un mateix context

es potencien i generen conflicte i sofriment , alhora que inhibeixen i van envaint d'altres aspectes de capacitat i satisfacció.

Amb les practiques el que he pogut comprovar és que no és suficient l'existència de serveis especialitzats i la capacitat d'un professional si no que també els usuaris dels serveis han de tenir un desig i una capacitat per a poder acceptar l'ajut que els és ofert. Molt sovint les situacions persistents de conflicte (com és la d'atendre a un fill deficient) van acompanyades d'un sistema de defenses que s'estructuren i consoliden amb el pas del temps i que es fa difícil de modificar quan s'ha esdevingut l'única forma de subsistir .

És la manera com espontàniament cada persona s'organitza mentalment i socialment en aquestes situacions, en la qual, malgrat el sofriment que comporta , hi troba també corresponents defenses i actituds que cadascú desenvolupa per fer-hi front, arribant a instaurar-se i d'alguna manera a institucionalitzar-se causen menys ansietat que en el moment en que va aparèixer o que en el moment que hom intenta introduir modificacions amb la finalitat de trobar-hi alguna solució

La contenció, l'elaboració i l'insight son termes que he utilitzat en determinades intervencions. La contenció indica alguna cosa més que fer-se dipositari de les ansietats de les persones o grups que atenem i també es diferent a deixar que aquestos es descarreguin de les seves emocions en el professional . La contenció implica la comprensió i l'acceptació dels continguts afectius que el subjecte o grups transmet i el treball que internament realitza el professional per donar una resposta que correspongui a la necessitat d'aquells. El valor terapèutic de la intervenció és la possibilitat que s'ofereix a la persona o grup atès de poder arribar a intuir i incorporar si és possible un espai mental, un receptacle intern a través del qual poder reflexionar i elaborar les pròpies emocions i els propis sentiments per poder donar una resposta més satisfactòria per a ell mateix i per als altres.

En el centre a on he estat s'atenen a persones i famílies que presenten conductes que els provoquen sofriments que són molt difícils de modificar. La realitat és vista per ells de forma parcial i les dificultats que tenen argumenten per les continues frustracions i fracassos que les noves experiències els ocasionen. El psicòleg no pot pretendre en uns primers contactes canviar aquest cicle de vida sovint molt arcaic i estructurat, però en la relació que estableix sempre ha d'intentar obrir amb el seu coneixement la comprensió de l'altre i les capacitats per a contenir i elaborar els propis conflictes.

Dolors Colominas Simón

De la mateixa manera que les persones, famílies...que he anat atenen en el període de practiques tenen dificultats també es veritat que posseeixen capacitats i bones imatges internes, que no s'han de crear si no que s'han d'activar i recuperar a través de la relació assistencial.

M'agradaria destacar les vivències emocionals que emergeixen de la interrelació personal (entrevistat/entrevistador) especialment quan l'entrevistat busca algun tipus d'ajut o assistència . Considero que per tal de fer una bona praxis es fa necessari la supervisió constant .ja que aquesta ens pot ajudar a ser objectius i per tant ser més professionals .

BIBLIOGRAFIA

- Memòries del centre on he fet les pràctiques
- La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas . William r. Miller, Stephen Rollnick . Ed Paidós
- El Síndrome de Down . Una introducción para padres. Cliff Cunningham . Ed Paidós 1990
- Disfunción cerebral en la infancia. Neurología, cognición, lenguaje y conducta Isabelle Rapin . Biblioteca de Psicología, psiquiatría i salut . Sèrie Universitat .1987
- Psicopatologia i desenvolupament Arcaics . assaig psicoanalític . Júlia Coromines Vigneaux . Ed ESPAXS .1991
- Consulta a diferents materials de l'UOC d'altres assignatures cursades durant la carrera