
El treball social sanitari amb adults

Atenció primària i Atenció especialitzada

PID_00217590

Mercè Serrano Julve

Temps mínim de dedicació recomanat: 3 hores



Mercè Serrano Julve

Els textos i imatges publicats en aquesta obra estan subjectes –llevat que s'indiqui el contrari– a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 Espanya de Creative Commons. Podeu copiar-los, distribuir-los i transmetre'ls públicament sempre que en citeu l'autor i la font (FUOC. Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya), no en feu un ús comercial i no en feu obra derivada. La llicència completa es pot consultar a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

Índex

Introducció	5
Objectius	7
1. El cicle vital de la persona adulta	9
1.1. Característiques de l'edat adulta	10
1.1.1. Teoria o model motivacional	11
1.1.2. Teoria o model empíric	12
1.1.3. Teoria o model clínic	13
2. Característiques de la malaltia en l'edat adulta	16
2.1. Malalties cròniques més comunes en l'edat adulta	16
2.1.1. Malalties cròniques en l'adult jove (aprox. entre els 18 i els 35 anys)	16
2.1.2. Malalties cròniques en l'adult intermedi (aprox. entre els 35 i els 60 anys)	17
2.1.3. Malalties cròniques en l'adult tardà (aprox. entre els 60 i els 70 anys)	18
2.2. Malalties d'alt impacte psicosocial i social	18
2.2.1. Malalties oncològiques	18
2.2.2. Malalties mentals	19
2.2.3. Malalties cròniques sense tractament: la fibromiàlgia ...	20
2.2.4. Malalties rares o poc freqüents	21
2.2.5. Malalties infeccioses	23
2.3. La depressió	23
2.4. La dependència i les discapacitats físiques, psíquiques i/o sensorials	24
2.5. Processos naturals de salut o esdeveniments en l'etapa vital de l'edat adulta que comporten un impacte en els aspectes psicosocials i socials de la persona	24
2.5.1. La menopausa i la jubilació	24
2.5.2. La pèrdua d'ocupació	24
3. L'impacte de la malaltia	26
3.1. Aspectes psicosocials en la persona afectada d'una malaltia crònica en l'edat adulta	27
3.1.1. Pèrdues que comporta la malaltia en l'edat adulta	28
3.1.2. Tipus de reaccions emocionals davant la malaltia	28
3.1.3. Mecanismes de defensa quan s'emmalalteix	29
3.1.4. L'afrontament de la malaltia	30

3.2. Aspectes psicosocials en l'àmbit familiar de la persona afectada de malaltia crònica en edat adulta	32
4. La intervenció en treball social sanitari en relació amb la malaltia crònica en l'edat adulta.....	34
4.1. La intervenció en treball social sanitari en relació amb la persona adulta des d'un model d'atenció individual i familiar ..	34
4.2. La intervenció en el treball social sanitari davant la situació de crisi de la malaltia d'una persona adulta i la seva família	36
4.3. Intervenció en el treball social sanitari davant la fase crònica de la malaltia d'una persona adulta i la seva família	38
5. Procediments en el treball social sanitari en relació amb l'atenció de la persona malalta en l'edat adulta i el seu àmbit familiar.....	39
Bibliografia.....	41

Introducció

L'adulthood és l'etapa vital més extensa en el desenvolupament de l'ésser humà, recau entre la joventut i la vellesa.

És una etapa en la qual l'individu es va enfrontant a desafiaments, va sortejant pors, va conreant la responsabilitat i va recollint experiències, que en particular afecten la seva salut física i emocional. El treball, la parella, el matrimoni, la cura dels fills i de la família, l'autorealització personal, etc., són responsabilitats i necessitats que descriuen el seu present i condicionen el seu futur, que li representen una gran prevalença per a la seva entrada a la societat i on, *a priori*, la malaltia no ocupa cap expectativa dins del seu projecte vital.

No obstant això, la malaltia és un fet que no es pot preveure. Encara que la gran incidència de malalties cròniques se solen manifestar en la vellesa, és possible patir una malaltia crònica en l'edat adulta.

El patiment d'una malaltia crònica, per tant, representarà per a l'individu una ruptura o interrupció de les seves expectatives del present i, probablement, de les del seu futur. Això li comportarà la submissió d'un nou rol i, en conseqüència, necessitarà una adaptació en relació amb la seva nova realitat.

Des d'aquesta perspectiva, la intervenció del professional de treball social sanitari té un paper important en la prevenció i promoció de la salut de les persones adultes i el seu entorn familiar. Llavors, des d'un enfocament biopsicosocial, el treball social sanitari es caracteritza per garantir, mitjançant intervencions de caràcter preventiu o terapèutic, la mitigació de les repercussions que a escala psicosocial i social pot comportar el patiment d'una malaltia. És a dir, busca la millora de la qualitat de vida i el benestar, tant individual com col·lectiu.

Precisament amb aquest crèdit pretenem introduir coneixement amb relació als aspectes següents:

Amb el primer apartat, ens endinsarem a intentar comprendre quines són les responsabilitats i necessitats que emergeixen durant el desenvolupament humà en l'edat adulta, a partir d'una visió antropològica i segons les diferents teories o models escrites per diversos autors.

Seguidament, especificarem quines són les malalties cròniques més comunes entre les etapes de l'edat adulta i posarem l'accent sobre algunes malalties cròniques d'alt impacte psicosocial i social; sobre les particularitats de la depressió; sobre les distincions segons el grau de dependència o de discapacitat que

pugui patir la persona malalta; i també sobre alguns processos naturals de salut o esdeveniments que es donen en l'etapa adulta i que també comporten un impacte en els aspectes psicosocials de la persona malalta i la seva família.

Basant-nos en una perspectiva psicològica, al tercer apartat intentarem conèixer quines són les repercussions en relació amb aquest impacte emocional i social que la malaltia genera en els individus i les seves famílies, i també quines són les maneres d'afrontar-la.

Al penúltim apartat, abordarem la intervenció del treball social sanitari en l'atenció de la malaltia crònica en les persones adultes i la seva família. Especificarem la doble visió (la malaltia - vivència de la malaltia) amb què el treballador social sanitari s'haurà d'orientar amb la finalitat d'obtenir un diagnòstic social sanitari adequat i poder desenvolupar un pla d'intervenció individualitzat, i farem èmfasi en les fases en les quals es puguin trobar la persona malalta i la seva família davant la malaltia (fase de crisi o crònica).

Finalment, intentarem conscienciar de la necessitat d'intervenir des del treball social sanitari mitjançant procediments que preveuen una atenció proactiva en relació amb l'atenció dels aspectes psicosocials i socials de la malaltia en la persona adulta i el seu àmbit familiar, basats en el model biopsicosocial i des d'un abordatge transversal.

Objectius

Els objectius d'aquest mòdul són, bàsicament, els següents:

- 1.** Comprendre el desenvolupament humà en l'edat adulta. Les responsabilitats i necessitats que es desenvolupen en aquesta etapa.
- 2.** Conèixer les malalties cròniques més comunes de l'etapa adulta i les seves particularitats.
- 3.** Percebre l'impacte que comporta la malaltia en general i en particular, conèixer els aspectes psicosocials i socials que afloren en la persona adulta i en el seu entorn familiar, arran de les repercussions i necessitats sobrevingudes de la malaltia.
- 4.** Proporcionar coneixement sobre la funció del treball social sanitari en la intervenció de la prevenció i promoció de la salut de les persones adultes i el seu nucli familiar.
- 5.** Conscienciar de la necessitat d'elaboració de procediments o protocols d'intervenció proactius en treball social sanitari, orientats, en particular, a la millora dels aspectes psicosocials i socials de les persones malaltes en l'edat adulta i el seu àmbit familiar, basats en un model biopsicosocial i des d'un abordatge transversal.

1. El cicle vital de la persona adulta

En general, quan parlem d'edat discutim sobre diferents tipus d'edats:

- **L'edat cronològica:** és l'edat que es determina per la data de naixement.
- **L'edat biològica:** és l'edat en relació amb el grau d'envelliment. En l'actualitat, no hi ha cap prova que determini l'edat biològica d'una persona, però és evident que unes persones envelleixen amb més rapidesa que altres. Aquesta edat és potser la que més s'apropa a la veritable edat de la persona.
- **L'edat psicològica:** és la determinada pels trets psicològics de cada grup d'edat. Sens dubte, aquest concepte d'edat és un dels més importants, ja que una persona és gran si se sent gran.
- **L'edat social:** és l'edat marcada per circumstàncies econòmiques, laborals i familiars. D'aquesta manera, la jubilació marca una edat social per pertinença a un grup social amb importants canvis en diferents aspectes (laboral, econòmic i de recursos).

L'existència d'una correlació entre aquestes quatre edats és l'habitual. Quina és la més important? Les persones grans, quan els preguntem per aquestes edats i per la seva rellevància, situen l'edat cronològica com la menys important. No és fonamental tenir 85 anys, sinó sentir-se d'acord amb la seva edat, amb la seva salut, amb el seu rol social.

El conjunt de les edats biològica, psicològica i social es coneix amb el nom d'edat **funcional**, és a dir, edat en la qual la persona és capaç de dur a terme una vida autònoma (manté la seva capacitat de decisió) i independent (no necessita una persona per a realitzar les activitats bàsiques, de relació i socials de la vida diària). L'edat funcional pot influir de manera positiva o negativa en aquesta suma de les quatre edats. L'excepció es troba en l'edat cronològica, l'única que no podem modificar.

Així doncs, anem endinsant-nos en l'etapa del desenvolupament humà en què se centra aquest crèdit tot definint l'edat adulta. El *Diccionario de la lengua española* (DRAE) defineix l'edat adulta com:

“Aquella en la que el organismo humano alcanza su completo desarrollo.”

Aquesta breu definició de l'edat adulta en el DRAE ens convida a estendre'ns més i discutir sobre l'adultesa.

Què és l'adultesa? Es diu que l'ésser humà és adult quan ja ha deixat la infància i l'adolescència perquè ha assolit el seu desenvolupament físic complet. És una etapa d'estabilitat relativa i de vigor físic. Des d'un punt de vista jurídic, l'edat adulta representa el moment en el qual la llei estableix que es té plena capacitat d'obrar¹.

⁽¹⁾ **Adulto.** Disponible a: <http://es.wikipedia.org/wiki/adulto>.

Des d'un punt de vista psicosocial, l'adultesa és l'estadi de l'assumpció plena de responsabilitats: procreació i cura de la família, educació i transmissió de les pautes normatives de la societat, treball i producció en el sistema econòmic que ens caracteritza, direcció i gestió de la societat política, i cerca definitiva d'elements transcendents que, donant coherència a totes aquestes dimensions, aportin un sentit a l'existència.

Davant d'aquestes consideracions, el gran problema és que, encara que la seqüència que travessa el desenvolupament humà bàsicament és la mateixa per a tots, cada individu és únic i les persones maduren de manera diferent i a diferents edats. Així, sens dubte, entrar en l'edat adulta comporta un canvi significatiu en la vida dels joves, sobretot, quan adquireixen jurídicament la seva capacitat d'obrar, ja que prenen decisions que afecten la seva salut, les seves carreres i les seves relacions interpersonals; no obstant això, contràriament, és possible que amb prou feines estiguin madurant en molts aspectes importants.

Per tant, hauríem de definir l'adultesa en termes fisiològics, psicològics, legals, de caràcter personal, o de posició social, tenint en compte que, malgrat que aquests termes estan estretament lligats els uns amb els altres, evolutivament són singulars per a cada persona.

1.1. Característiques de l'edat adulta

L'edat adulta és un llarg període de la vida que es distingeix en etapes (usualment reconegudes per diversos autors com: adultesa primerenca, intermèdia i tardana), que seran les que caracteritzaran els diferents moments del procés evolutiu de cada persona en relació amb les funcions o rols que pugui exercir o exerceixi, i que formaran el desenvolupament ple de la seva personalitat. Així mateix, cal destacar que els patrons de desenvolupament de l'edat adulta segueixen una evolució menys dependent del pas del temps que els de les etapes anteriors, i estan més condicionats per les diverses experiències de la persona. Per això, també podem dir que els canvis –intel·lectuals, socials i personals–, dels quals es poden deduir tendències, pautes i patrons evolutius de comportament en la persona, no representen, en realitat, l'aparició de res nou, sinó la consolidació del que la persona ja tenia, en un perfilament cada vegada més clar de la individualitat.

Hi ha diverses teories o models que, en forma de paradigma, tracten de donar una explicació i proporcionar una visió global dels diferents processos i canvis que es duen a terme en aquest període de vida. Aquests models estan conformats segons els criteris seguits per cadascun dels seus autors en elaborar-los, i entre aquests podem trobar:

- Teoria o model motivacional (Huberman)
- Teoria o model empíric (Levinson, Gould i Vaillant)
- Teoria o model clínic (Havighurst, Erikson, Maslow)

1.1.1. Teoria o model motivacional

Segons Huberman, l'adult centra el seu interès en temes com ara: la vida laboral, la vida familiar, els assumptes cívics i socials, els interessos creatius i expressius, i també la seva salut física i mental. Concreta que aquests interessos o motivacions evolucionen en sis cicles durant l'etapa adulta:

1) **Concentració en la vida pròpia (18 a 30 anys):** l'individu es mou i lluita per aconseguir la seva identitat social mitjançant el món laboral, aconseguir un estatus, aconseguir una ideologia pròpia, triar la seva parella per a la seva vida i presentar una bona imatge de si mateix.

2) **Concentració de les energies pròpies (30 a 40 anys):** és un cicle que es caracteritza per l'augment en l'experiència i la competència del camp professional i per ser un període molt estable. L'adult es troba en aquest període en el màxim de les seves potencialitats, força i energia. Els interessos o motivacions que particularment el mouen són: la criança i educació dels fills, la competència al món professional i laboral. Inicia el seu interès per activitats i responsabilitats comunes i de grup, i també per assumptes econòmics. Es dona un predomini de l'extraversió enfront de la introversió.

3) **Consolidació i valors propis (40 a 50 anys):** aquest període representa el cim del cicle vital de l'adult. Tota la seva energia, la seva activitat vital està projectada cap al món exterior, cap al seu entorn. És en aquest moment quan els assumptes socials i públics l'atreuen i el motiven. Pel que fa a la família, troba recompensa en percebre el creixement dels seus fills, als quals veu desenvolupant-se i valent-se per si mateixos.

4) **Manteniment de la posició aconseguida (50 a 60 anys):** aquest cicle o període està determinat per la disminució o declivi de les potencialitats físiques. L'adult s'ha d'esforçar per no perdre terreny en la seva professió o carrera. El seu "jo" es replega i interioritza. Es fa més realista, amb la qual cosa les motivacions que el mouen estan determinades més per les recompenses a curt termini que per les de llarg termini. Utilitza la reflexió.

Referència bibliogràfica

"El adulto. Etapas y consideraciones para el aprendizaje". Disponible a: <https://bit.ly/2wDe6gZ>

5) Pensant en el retir (60 a 70 anys): període o cicle caracteritzat per un declivi més acuitat de les potencialitats físiques, de la salut i de les relacions socials. Sent més interès per activitats que requereixen menys activitat i que són de caràcter més contemplatiu: turisme, art, cultura, política, etc.

6) Augmenta la desconexió (70 anys cap endavant): es caracteritza per la separació definitiva del món laboral a causa de la jubilació i la disminució de les relacions socials. Interessos centrats en la pensió, la salut i la dependència dels altres.

1.1.2. Teoria o model empíric

El model empíric de **Levinson** potser és el més representatiu i el més elaborat. Distingeix, en la seva teoria, quatre etapes:

1) Preadultesa (fins als 17 anys): la seva característica fonamental està determinada pel ràpid canvi biopsicosocial, pel qual l'individu passa d'un total desemparament fins a la capacitat plena de viure i comportar-se com un adult lliure i responsable.

2) Adultesa primerenca (17 a 45 anys): era que culmina el període vital en l'àmbit biològic. Determinada per l'enorme vitalitat que aconsegueix la seva màxima potencialitat i pel major grau de tensió i estrès. Social i psicològicament, és el moment propici per materialitzar i fer realitat les il·lusions i desitjos de l'edat juvenil: guanyar-se un lloc en la societat, crear la pròpia família, aconseguir una funció laboral adequada, un estatus social valorat, etc. Així mateix, pot ser el moment adequat per a la culminació de grans satisfaccions: amor, sexualitat, vida familiar, vida professional, creativitat, assoliment d'objectius vitals, etc. Però també és el moment de grans tensions, preocupacions i estrès: responsabilitats familiars, càrregues laborals, càrregues econòmiques, presa de decisions importants amb vista al futur, com ara el matrimoni, la religió, la feina, l'estil de vida, etc.

3) Adultesa intermèdia (45 a 65 anys): etapa que està determinada per nivells biològics, per una disminució de les capacitats habituals i de les destreses físiques respecte a l'etapa anterior, malgrat que encara es conserva vitalitat i energia suficient per a una vida personal i social satisfactòria i valuosa. En l'àmbit psíquic i social, és el moment de la generació dominant: lideratge en l'àmbit polític, industrial, científic, religions, artístic.

4) Adultesa tardana (65 anys cap endavant): no descrita per Levinson.

1.1.3. Teoria o model clínic

1) **Erikson**, en el seu model clínic, distingeix vuit etapes psicosocials o psico-sexuals al llarg del cicle vital, que es succeeixen i recolzen les unes en les altres al llarg de la vida.

La seva teoria sobre les etapes del cicle vital es fonamenta en l'epigènesi, que determina que perquè un procés evolutiu pugui aparèixer, se n'han de produir altres anteriorment. Per tant, una etapa no es pot considerar aïllada de les altres, sinó que han d'estar interconnectades entre si en el cicle vital, encara que després tinguin la seva pròpia autonomia.

D'aquesta teoria, Erikson destaca que cada etapa porta associada una crisi, entenent aquesta com un moment fonamental en la vida del subjecte, en el qual ha d'afrontar i resoldre un problema o tasca decisiva i que aquesta resolució li implicarà un enriquiment personal, que el prepara per a encarar amb confiança la propera crisi o els propers problemes per resoldre. Per contra, si no aconseguís superar aquesta crisi, l'arrossegaria a l'etapa següent. Segons Erikson, els problemes són els mateixos en totes les etapes de la vida, solament els diferencia la fase en la qual es pugui trobar l'individu: immadura, crítica o resolutòria.

Són tres fases les que corresponen a l'edat adulta, d'entre les vuit fases que distingeix en el desenvolupament vital de l'ésser humà:

a) Etapa de la jove a l'adulta (18 a 30 anys): la defineix com l'etapa de l'**an-títesi crítica de la intimitat enfront de l'aïllament**. És una etapa en la qual l'adult ha de procurar establir unes bones relacions amb els altres i sobretot amb el sexe oposat, i ha d'augmentar la seva capacitat d'estimar. Per establir aquestes relacions d'intimitat, considera necessàries unes condicions prèvies: confiança absoluta, autonomia en totes dues parts, sentiment d'identitat, acceptació incondicional. Aquestes relacions el portaran a l'experiència d'altres sentiments: compassió, simpatia, empatia, identificació, reciprocitat i mutualitat. La no-consecució comportarà un sentiment d'aïllament i separació.

b) Etapa de l'edat adulta intermèdia (30 a 60 anys): etapa que està determinada per la **generativitat enfront de l'estancament**. Aquest és el moment de més plenitud i maduresa de l'adult, en el qual ha d'aconseguir una situació estable laboralment, criar i ajudar els fills a convertir-se en adults, un estatus i reputació favorable dins del context social i prendre part activa en assumptes de la comunitat. És l'etapa de més generositat, entrega i sacrifici, que es posen de manifest en l'educació dels fills. Destaca que la superació de les crisis anteriors és essencial per al bon funcionament d'aquesta etapa. L'element que pot distorsionar aquesta etapa és l'estancament o autoabsorció que representaria la malaltia bàsica i que arrossegaria l'individu de la monotonia de la seva vida i, per tant, a la impressió d'envellir sense haver aconseguit res important.

c) **Etapa de l'edat avançada (60 anys cap endavant):** és l'etapa de la integritat enfront de la desesperació, que està determinada per la fi total de ser imprescindible en el seu temps i naturalesa. Comporta la unificació de la personalitat i de la vida. En molts casos es percep el final de la vida amb angouxa i terror. No obstant això, Erikson argumenta que no ha de ser així en els casos en què l'individu ha viscut tal com desitjava, i s'han complert els seus objectius i compromisos; o bé, en els casos en què es pensi que la mort és un trànsit més de l'existència.

2) **Maslow** és el més representatiu dels psicòlegs denominats humanistes, i encara que amb un punt de vista diferent, coincideix amb Erikson. Ell parla de les necessitats, no de les crisis, encara que en manté la satisfacció o la frustració, en el desenvolupament o l'estancament, en la plenitud o la disminució humanes.

Distingeix dues **categories de necessitats:**

- bàsiques
- idiosincràtiques

Totes dues són naturals, ja que sorgeixen de la naturalesa. Les primeres de l'específica i les segones de la individualitzada. Defensa que les necessitats bàsiques són també superiors o metanecessitats, ja que l'home, a part de necessitats fisiològiques, necessita seguretat, afectivitat, etc.; però també llibertat, justícia. És a dir, necessita donar sentit a la seva vida, autorealitzar-se .

Igual que Erikson, creu que aquestes necessitats bàsiques són compartides per tots els individus i es mantenen al llarg de la seva vida, i igual que les crisis, es poden trobar en estat potencial o actual, actives o inactives.

Però l'aportació més característica de Maslow és determinar que les necessitats no apareixen totes al mateix temps, ni amb la mateixa urgència; es presenten de manera evolutiva, jerarquitzada.

3) Així mateix, **Havighurst** distingeix una sèrie de problemes o dificultats, en les tres etapes en el desenvolupament de l'edat adulta, als quals l'individu s'ha d'enfrontar i els quals ha de superar, que li permetran avançar en el seu desenvolupament, maduresa i plenitud personal, al mateix temps que es fa mereixedor de l'estima social. La no-superació el portarà a un sentiment de frustració, angouxa i desaprovació social.

a) **Etapa de la joventut (18 a 35 anys):** els problemes per resoldre en aquesta etapa són: la cerca i selecció de la parella, l'aprenentatge de la vida matrimonial, la cerca i selecció d'una professió que pugui exercir de manera digna i competent.

b) Edat madura (35 a 60 anys): és important en aquesta etapa assumir i superar responsabilitats i compromisos socials, com ara establir un nivell digne per a la família, ajudar els fills a convertir-se en adults lliures i responsables, desenvolupar profitosament el temps lliure, mantenir relacions positives amb la parella, acceptar i adaptar-se als canvis biofisiològics que es van experimentant, i també als canvis de l'edat dels pares i els fills.

c) Segona maduresa (65 anys cap endavant): els problemes d'aquesta etapa són: acceptació i adaptació a la jubilació i a la disminució d'ingressos, acceptació de la mort dels coneguts i la parella, adhesió als grups de la seva edat, adaptació a una forma de vida que li permeti fer front a les seves deficiències físiques.

A manera de conclusió, podem considerar que les diferents teories de l'edat adulta coincideixen a establir la plenitud psicològica i vivencial de l'home a partir dels 30 anys, de manera que els períodes anteriors representen una cerca de la pròpia identitat personal i iniciar la familiar i la professional, que en aquest període ha de trobar un desenvolupament i consolidació vital correctes. La plenitud es fa extensiva fins als 60 anys, a pesar que en els últims anys es comença a manifestar una disminució de les facultats que és suplerta per la maduresa i l'experiència adquirida.

2. Característiques de la malaltia en l'edat adulta

En aquest apartat farem èmfasi, en general, en les malalties cròniques de l'edat adulta, i en particular, en malalties cròniques que puguin representar un gran impacte en la persona malalta o en la seva família.

Subratllarem com el coneixement del diagnòstic i de les repercussions que comportarà la pròpia malaltia poden representar un canvi en la dinàmica de l'actual cicle vital de la persona malalta i el seu entorn familiar, i com, des del treball social sanitari, s'hauria de garantir una intervenció preventiva, encaminada a potenciar les seves habilitats positives amb la finalitat de poder ajudar-los a trobar un equilibri a escla psicosocial i social.

2.1. Malalties cròniques més comunes en l'edat adulta

Les malalties que pot patir l'individu es poden definir en dos tipus: **agudes** i **cròniques**. Les malalties agudes² són aquelles que tenen un inici i un final clarament definits, i són de curta durada (generalment menys de tres mesos). En canvi, les malalties cròniques, de les quals parlarem a continuació, són malalties de llarga durada i en general, de progressió lenta. No hi ha un consens sobre el termini a partir del qual una malaltia es passa a considerar crònica³; però de mitjana, qualsevol malaltia que tingui una durada de més de sis mesos es pot considerar crònica.

⁽²⁾ **Enfermedad aguda**. Disponible a: <https://bit.ly/2MLxJyv>.

⁽³⁾ **Enfermedad crónica**. Disponible a: <https://bit.ly/2oBOm17>.

2.1.1. Malalties cròniques en l'adult jove (aprox. entre els 18 i els 35 anys)

L'adult jove es caracteritza per la seva força, energia i resistència, i també per tenir els sentits aguts. Quan més força té és entre els 25 i 30 anys.

Les dolències cròniques més freqüents són problemes de l'esquena o de la columna, deterioració de l'audició, artritis i hipertensió.

En aquesta etapa no són freqüents els ingressos hospitalaris i les raons més habituals d'aquests ingressos són els parts, els accidents i les malalties del sistema digestiu i genitourinari.

Atès l'estat saludable de la majoria dels adults joves, no és sorprenent que els accidents de trànsit siguin en aquesta etapa la principal causa de mort, entre els 25 i 34 anys⁴.

⁽⁴⁾ **La edad adulta**. Disponible a: <https://bit.ly/2fQBOOG>.

No obstant això, segons alguns estudis, el suïcidi també està essent una de les primeres causes de mort, cada vegada més associat a l'edat adulta primerenca.

2.1.2. Malalties cròniques en l'adult intermedi (aprox. entre els 35 i els 60 anys)

En aquesta etapa les persones adultes es preocupen per tots els senyals de declivi. La persona va perdent vitalitat: presenta problemes de vista i oïda, la fortalesa del seu cos va disminuint (un 10% cada 20 anys), presenta desordres nerviosos i mentals, la seva coordinació també disminueix, sofreix problemes digestius i circulatoris, la pell pot tenir-la menys tibant, el cabell pot escassejar, transpira menys per la disminució de les glàndules sudorípares, tendeix a guanyar pes, perd capacitat pulmonar, pateix canvis en l'àmbit sexual i en la seva capacitat reproductora.

Així mateix, les persones adultes en aquesta etapa, també coneguda com a segona adulta, estan limitades per les malalties cròniques⁵ següents :

⁽⁵⁾ **La edad adulta.** Disponible a: <https://bit.ly/2fQBOOG>.

- Asma
- Bronquitis
- Diabetis
- Artritis reumatoide
- Reumatisme
- Hipertensió
- Malalties cardiovasculars
- Disfunció dels sistemes circulatori, digestiu i genitourinari
- Desordres nerviosos (estrès) i mentals (depressió)
- Osteoporosi
- Disminució de la vista i de l'oïda

No obstant això, aquestes malalties no necessàriament avancen en l'edat intermèdia, mentre que tres cinquenes parts de les persones d'entre 45 i 65 anys pateixen aquest tipus de malalties cròniques, dues cinquenes parts ja en pateixen entre els 15 i els 44 anys.

D'altra banda, encara que l'esperança de vida tendeix a augmentar i la mort a l'edat intermèdia sembla prematura, no sol ser tan inesperada com en la infància o en l'edat adulta primerenca. Les cinc causes principals de mortalitat, entre els 45 i els 64 anys, són: les malalties cardíques, el càncer, l'ictus o l'accident cerebrovascular, les lesions accidentals i la malaltia pulmonar obstructiva crònica (EPOC) i els trastorns afins.

2.1.3. Malalties cròniques en l'adult tardà (aprox. entre els 60 i els 70 anys)

Encara que l'edat adulta tardana comprèn dels 60 anys cap endavant, com que en el proper crèdit tractarem el treball social sanitari en l'edat més gran, en aquest apartat només farem referència a les característiques de la malaltia de la persona adulta tardana dels 60 als 70 anys.

En aquesta etapa es presenten canvis físics que incrementen la possibilitat de desenvolupar malalties a causa de la fragilitat de l'organisme.

Algunes de les malalties cròniques que s'associen amb l'edat adulta tardana han estat adquirides aproximadament en l'adulthood intermèdia, com és el cas de l'artritis, la diabetis, les malalties cardíques, el reumatisme, les lesions ortopèdiques o les alteracions mentals i nervioses.

També, en aquesta etapa de l'edat adulta tardana, destaca el fet que la transició de la feina a la jubilació és un canvi molt important de la persona i pot ser que senti estrès. Per a algunes persones, la jubilació pot representar la pèrdua d'ingressos, d'identitat professional, d'estatus social, de companys i d'estructura quotidiana del temps i de les activitats.

2.2. Malalties d'alt impacte psicosocial i social

Hi ha malalties cròniques d'alt impacte psicosocial i social a causa de les repercussions que comporten el diagnòstic i pronòstic de la malaltia, tant per a la persona malalta com per al seu entorn familiar. Entre aquestes, en aquest apartat fem referència a les malalties oncològiques, les malalties mentals, les malalties cròniques sense tractament, les malalties rares o poc freqüents i les malalties infeccioses.

2.2.1. Malalties oncològiques

El càncer és una de les malalties de més impacte a causa de les repercussions que comporten el seu diagnòstic, tractament i pronòstic en la vida de la persona malalta i el seu entorn familiar.

L'aparició de la malaltia del càncer és un fet imprevisible dins de l'evolució de les persones. La seva presència en un membre de la família vulnera la seguretat en ells mateixos, ja que posa de manifest el seu estat de fragilitat. És a dir, l'aparició de la malaltia situa la persona en una posició de crisi que afecta tot el seu sistema.

La malaltia oncològica és considerada una malaltia greu i, com a tal, giren al seu voltant una sèrie de mites i pors, sovint erronis, que poden arribar a bloquejar les capacitats familiars i de la persona malalta per a afrontar la seva malaltia.

Hi ha una gran prevalença de l'aparició de malalties oncològiques en l'edat adulta.

Si bé és cert que avui dia la meitat dels pacients es guareixen i que s'està considerant el càncer com una malaltia de tipus crònic, també és una realitat a escala mundial que és una de les principals causes de mort, per darrere de les malalties cardiovasculars. Té més prevalença la mort de dones per tumor de mama, i també per càncer de pulmó, càncer colorectal o càncer de pròstata en els homes. Per tant, el fet que és una de les malalties més associades a la mort desencadena diversos signes d'alarma⁶.

⁽⁶⁾ **Modelo de trabajo social en la atención oncológica.** Disponible a: <https://bit.ly/2C8Qabv>.

El càncer és una malaltia que demana importants recursos i exigeix una optimització en l'eficàcia i l'eficiència de les intervencions. Requereix una maniobra integral i multidisciplinària en la qual es tinguin en compte els factors psicosocials i socials de la persona malalta i del seu nucli pròxim.

Durant els últims anys, el coneixement creixent sobre la influència dels factors psicològics i psicosocials en el pacient oncològic ha contribuït a generar una consciència pel que fa a la importància en la prevenció, detecció i tractament de la malaltia i a incloure intervencions psicosocials com a part del tractament oncològic. És molt important, doncs, que des del moment del diagnòstic de càncer es tinguin en compte els recursos psicològics i socials de què disposen el subjecte i la seva família per a afrontar la malaltia i el tractament⁷.

⁽⁷⁾ **Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer.** Disponible a: <https://bit.ly/2NNIYDa>.

2.2.2. Malalties mentals

En contraposició, les malalties mentals, com ara l'esquizofrènia, el trastorn bipolar, els trastorns alimentaris, etc. són també malalties cròniques d'alt impacte en l'àmbit familiar, a causa de les repercussions que aquestes malalties comporten, sobretot per la dificultat de participació existent, *a priori*, de la persona malalta en la millora del seu estat emocional i situació social.

No obstant això, diversos estudis han posat de manifest la relació entre els factors psicosocials i la salut mental. Entre els factors psicosocials més ressenyats, s'han tingut en compte el nivell d'estrès, el suport social, tant objectiu com subjectiu, i les formes o estratègies d'afrontament dels problemes⁸:

⁽⁸⁾ **Factores psicosociales y salud mental: un instrumento de detección de sujetos adolescentes en riesgo.** Disponible a: <https://bit.ly/2MMT4HE>.

- **Successos vitals:** les recerques empíriques reafirmen l'associació entre l'aparició de successos vitals problemàtics i el nivell de símptomes psicopatològics.

- **Suport social:** la falta de contacte i suport social dels subjectes apunta també a ser un factor de risc en l'aparició de problemes afectius.
- **Afrontament de l'estrès:** una altra línia de recerca és la que relaciona els problemes de salut mental amb la manera d'afrontar-los. Associat als dos elements anteriors (més freqüència de successos negatius i menys suport social), els subjectes amb més simptomatologia psicofísica aprenen tàctiques, maneres o modes inadequats d'enfrontar-se a l'estrès.

2.2.3. Malalties cròniques sense tractament: la fibromiàlgia

La fibromiàlgia⁹, com altres malalties cròniques, es veu influenciada per factors biològics, psicològics i sociològics. És una malaltia crònica per a la qual no hi ha un tractament curatiu, cosa que ocorre en moltes altres malalties com ara les demències. La causa de la fibromiàlgia és encara desconeguda i objecte de recerca. Els estudis mèdics s'han orientat a observar si hi ha lesions en els músculs, alteracions immunitàries, anomalies psicològiques, problemes hormonals, alteracions en la fisiologia del son o en els mecanismes protectors del dolor; però entre totes aquestes hipòtesis, la més acceptada és la que hem assenyalat d'un increment de la sensibilitat del dolor de tipus neurològic.

⁽⁹⁾**Fibromiàlgia.** Disponible a: <https://bit.ly/2EvmHoN>.

L'alta prevalença de la fibromiàlgia (s'estima fins a un 4% de la població adulta, encara que estudis de l'any 2000 la xifren a Espanya en un 2-3%), fan d'aquesta malaltia un problema de salut pública important i difícil d'abordar. Així mateix, en relació amb el sexe, és una malaltia que afecta massivament les dones.

La fibromiàlgia és una malaltia que pot afectar en gran manera la qualitat de vida, tant, que pot ser pitjor que la de les persones amb artritis, artritis reumatoide o malalties pulmonars cròniques, entre d'altres. A més, els alts nivells d'ansietat i depressió, propis de condicions de dolor crònic, desencadenen una greu disfunció social i ocupacional (Pavoni, 2008).

Encara que la fibromiàlgia no és una malaltia mental, aproximadament un 30% de malalts amb fibromiàlgia presenten de manera coexistent, i moltes vegades secundària a la malaltia, ansietat o depressió, que necessiten un tractament prioritari. És important remarcar que gairebé el 78% amb ansietat i depressió manifesten dolor com a símptoma rellevant.

En contraposició, alguns autors¹⁰ inclouen la fibromiàlgia dins de les malalties de moda i consideren que pot ser utilitzada com a mecanisme de racionalització de problemes psicosocials o com a mecanisme d'afrontament o, fins i tot, com a forma de vida. En els últims anys s'ha tractat d'esclarir quin és el paper que té la depressió i l'ansietat en la fibromiàlgia, i també la importància dels antidepressius i de la teràpia cognitivoconductual en el tractament multimo-

⁽¹⁰⁾**Aspectos psicológicos y psiquiátricos de la fibromiàlgia.** Disponible a: <https://bit.ly/2N9JmyB>.

dal d'aquesta malaltia. De totes maneres, cal considerar que molts dels estudis realitzats han usat instruments que no controlen totes les variables (p. ex., el dolor), i per aquest motiu han de ser interpretats amb cautela.

L'avaluació de la discapacitat en la fibromiàlgia és complexa i controvertida, essencialment per la falta d'una mesura objectiva del dolor en un context d'escepticisme dels agents avaluadors. No obstant això, s'estima que entre un 20 i 30% dels casos requeriria una incapacitat laboral per a la seva professió habitual i que entre un 10 i un 17% requeriria una incapacitat absoluta.

Per entendre la fibromiàlgia i els símptomes relacionats i aplicar un tractament adequat, és necessari partir d'un punt de vista biopsicosocial.

Des del treball social sanitari s'ha d'actuar en la promoció de la salut de les persones malaltes de fibromiàlgia, centrant-se en l'afrontament de la malaltia des d'un focus diferent, la finalitat del qual serà la construcció de fortaleses, virtuts i competències, augmentant les emocions positives i incrementant així la qualitat de vida i, consegüentment, aprenent una fórmula per a afrontar de manera resistent la fibromiàlgia.

2.2.4. Malalties rares o poc freqüents

Les malalties rares¹¹ poc freqüents són malalties que comporten una gran afectació de l'individu psíquicament i socialment.

⁽¹¹⁾ Enfermedades raras: más comunes de lo que parecen. Disponible a: <https://bit.ly/2oB3jQT>.

A pesar que tenen una baixa incidència en la població, afecten menys de 5 persones de cada 10.000 habitants.

Són malalties cròniques, degeneratives, no contagioses i majoritàriament d'origen genètic. En altres casos, no hi ha cap historial familiar però pot ser resultat d'una mutació genètica.

Hi ha més de tres milions d'espanyols afectats, trenta milions d'uropeus, 350 milions al món, entre el 6 i el 8% de la població mundial.

Unes 50 malalties rares afecten alguns milers de persones; unes 500, uns centenars, i alguns milers, només desenes. Aquests són exemples aproximats:

- 10.000 afectats per diversos tipus d'anèmia.
- 6.000 per esclerosi lateral amiotròfica.
- 5.000 per fibrosi quística.
- 1.000 per malalties mitocondrials.
- 100 de malaltia de Pompe.
- 6 de síndrome de Joubert.

Hi ha prop de 7.000 malalties rares diferents. Gran nombre i àmplia diversitat de desordres i símptomes que varien no solament d'una malaltia a una altra, sinó també dins d'una malaltia mateixa.

La seva baixa freqüència i la falta de coneixements específics dels metges fan que el temps mitjà de diagnòstic sigui de 5 anys.

Així mateix, el 65% per cent són greus i invalidants. Afecten les capacitats físiques, habilitats mentals, qualitats sensorials i de comportament. Es donen diferents malalties en una sola i minusvalideses múltiples. En 1 de cada 3 casos hi ha discapacitat de l'autonomia i en 1 de cada 5, dolors crònics.

Encara que la majoria s'inicien en la infància, la prevalença és més gran en els adults a causa de l'excessiva mortalitat d'algunes malalties infantils, com ara malformacions o malalties genètiques greus, i també per la influència de certes malalties, l'edat d'aparició de les quals és més tardana, com certes malalties autoimmunitàries com ara l'esclerosi lateral amiotròfica. I en gairebé la meitat dels casos el pronòstic vital està en joc.

Solament entre el 10 i 15% de les malalties rares tenen tractament i en cap cas és curatiu, encara que sí que pot retardar l'aparició de la malaltia i controlar-la.

Les dificultats a escala familiar que comporten les malalties rares poden ser:

- 1) Problemes per rebre un diagnòstic correcte i en poc temps.
- 2) Falta d'informació sobre la malaltia i sobre on i com tractar-la.
- 3) Alt cost de la cura i del tractament.
- 4) Continus desplaçaments fora de la seva província per a diagnòstic i tractament.
- 5) Problemes d'integració social, escolar i laboral del malalt i risc d'aïllament social per a la família. A causa del suport continuat que requereix l'afectat, algun familiar ha d'abandonar el seu lloc de feina.

Per tant, és necessari establir programes d'intervenció d'aquest tipus de malalties enfocats en un model psicosocial i amb l'objectiu comú d'oferir suport físic i psicològic tant a escala individual com familiar, sense crear falses esperances i perquè s'accepti la malaltia.

2.2.5. Malalties infeccioses

Encara que actualment la prevalença de patir una malaltia infecciosa a Espanya és baixa, a conseqüència dels programes de previsió i conscienciació existents, el diagnòstic d'una malaltia infecciosa com la tuberculosi o el VIH continua representant un gran impacte a escala psicosocial i social per a la persona malalta i el seu entorn familiar. A més, encara avui dia, l'estigmatització social és un handicap sobre algunes malalties infeccioses.

2.3. La depressió

La depressió és una malaltia silenciosa i moltes vegades enclou ser també una malaltia afegida com a símptoma secundari a altres malalties.

És una malaltia medicopsicològica molt freqüent, pot afectar qualsevol persona i la seva causa pot ser deguda a moltes raons. Hi ha diverses teories:

- Història personal
- Herència genètica
- Secundària a altres malalties
- Certs medicaments
- L'ús de drogues o alcohol
- Altres problemes mentals (psiquiàtrics)
- A causa d'una situació emocionalment dolenta (pèrdua d'un familiar o un problema de feina, etc.)

La sensació de sentir-se trist, decaigut emocionalment i sense interès en les coses que abans la persona gaudia és el que es diu depressió.

S'ha de saber que la depressió és una malaltia, com pot ser la diabetis o l'artritis, i que en alguns casos és una malaltia que sorgeix a conseqüència de la mala vivència que pateix la persona malalta arran del diagnòstic, tractament i/o pronòstic de la malaltia crònica que pateix. En aquests casos, lògicament, l'aparició d'una depressió dificultarà un afrontament positiu davant la malaltia que es pateix, però si no es tracta adequadament, repercutirà cada dia més de manera negativa en els pensaments, sentiments del malalt i, per tant, afectarà la seva salut física i la seva manera de comportar-se.

Per això són molt importants les intervencions preventives en treball social sanitari en les persones malaltes en general i, en particular, a l'edat adulta, en relació amb un afrontament positiu de la malaltia crònica que pateixen.

2.4. La dependència i les discapacitats físiques, psíquiques i/o sensorials

La dependència per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària i les discapacitats físiques, psíquiques i sensorials, sobtades i invalidants, arran del patiment d'una malaltia crònica també repercutiran en l'estat psicosocial i en la situació social de la persona malalta. L'impacte que la persona patirà, lògicament, variarà en funció del grau de dependència o discapacitat que presenti i de la repercussió que representaran per al desenvolupament de la seva autonomia, en la realització de les activitats de la vida diària i en la seva situació laboral i social.

2.5. Processos naturals de salut o esdeveniments en l'etapa vital de l'edat adulta que comporten un impacte en els aspectes psicosocials i socials de la persona

2.5.1. La menopausa i la jubilació

La menopausa és un procés natural que comporta la finalització de la capacitat reproductora de la dona adulta.

La jubilació és la transició que implica l'abandó del compliment d'un rol laboral. Comporta la reestructuració del temps propi, de les funcions i les activitats.

Tal com veiem, totes dues etapes es poden viure com una etapa de crisi vital amb oportunitats per a l'autorealització i canvis envers més autonomia o bé com una etapa caracteritzada per sentiments de solitud i síndrome del niu buit, que és un dels esdeveniments de l'etapa adulta.

Des del treball social sanitari és important fomentar un procés educatiu en relació amb la salut en aquesta etapa, afavorir l'intercanvi d'informació, i fomentar la comunicació i la socialització. En aquests casos els grups d'autoajuda poden ser beneficiosos.

2.5.2. La pèrdua d'ocupació

L'actual crisi econòmica mundial ha comportat la pèrdua de nombrosos llocs de treball en l'edat adulta.

La pèrdua de l'ocupació, a conseqüència de les problemàtiques personals, familiars i socioeconòmiques que comporta en les persones, pot afavorir l'aparició de problemes emocionals (tristesa, baixa autoestima, aïllament, etc.) i de desordres nerviosos (ansietat, tensió, ira, irritabilitat, etc.), i pot, fins i tot, empènyer a desenvolupar una depressió o alguna addicció en les persones adultes.

En els casos de desocupació de llarga evolució, ens podem trobar amb persones malaltes cròniques.

És per això pel que el treball social sanitari com a professió orientada al canvi i la promoció de la salut de les persones malaltes ha de posar l'accent en aquesta nova situació de risc social en la qual aflora una alta prevalença i repercussió psicosocial en la persona adulta desocupada.

3. L'impacte de la malaltia

El coneixement del diagnòstic i el pronòstic d'una malaltia en les persones i en les seves famílies desencadena un impacte emocional i social important, i produeix una sèrie de crisis que repercuteixen en totes les esferes.

La malaltia representa per a l'individu una pèrdua important i es pot entendre com:

- **Un procés biològic** que implica una alteració estructural o funcional (pèrdua de la mobilitat, energia, del control excretori, canvis d'activitat sexual, dolor o malestar físic, etc.).
- **Un procés psicològic** que comporta patiment i dolor (disminució de l'autoestima, por al desconegut, angoixa per la probable amenaça de mort i/o les probables conseqüències, frustració, aflicció per les pèrdues, desesperança, pèrdua de l'autonomia, dependència, passivitat, etc.).
- **Un procés social** que representa una invalidesa (alteració dels papers familiars, canvis en la utilització del temps lliure, separació de l'entorn, aïllament social, dificultats econòmiques, problemes laborals, pèrdua de l'estatus social, estigmatització, etc.).

També hem de tenir en compte que hi ha situacions que poden elevar el nivell d'ansietat de la persona malalta abans i després del diagnòstic de la malaltia:

- L'espera de resultats
- El probable diagnòstic de càncer
- Els procediments invasius
- Els efectes col·laterals dels tractaments
- Les alteracions de l'estil de vida
- La dependència del personal de salut
- Por a les recurrències
- Por a la pèrdua de la feminitat (mastectomia)
- Desafiaments de la rehabilitació
- El futur: la tornada a la feina, les relacions amb els altres, les relacions sexuals...

Tal com hem anat comentant, és important tornar a destacar que un cop transcorregut un temps des del diagnòstic de la malaltia, si no s'assegura un bon acompanyament professional tant sanitariament com socialment, es poden

donar casos de dol patològic o de depressió. Així mateix, cal remarcar que la depressió es pot confondre amb símptomes propis de la malaltia o d'un efecte col·lateral del tractament (fatiga, insomni, pèrdua de pes...).

Per tant, és important que s'atengui el pacient des d'una visió biopsicosocial i s'estableixi una bona coordinació i comunicació amb la finalitat d'alleugerir-li el dolor emocional i augmentar la seva adhesió al tractament proposat.

3.1. Aspectes psicosocials en la persona afectada d'una malaltia crònica en l'edat adulta

La pèrdua de salut en la persona malalta desencadena un dol que es conceptualitza com tots els processos psicològics, conscients i inconscients que produeixen aquesta pèrdua i que es divideix en quatre fases:

1) Fase de debilitació de la sensibilitat: dura unes hores o fins a una setmana i es pot veure interrompuda per episodis d'aflicció i còlera. La persona malalta se sent atordida i li costa acceptar la realitat.

2) Fase d'anhel i cerca d'allò que s'ha perdut: apareix l'anhel intens, plor, inquietud, insomni i còlera, dirigits als qui considera responsables de la seva pèrdua, i com a protesta per no poder recuperar-se. Aquest desig de recuperació pot portar a no acceptar la pèrdua i a dirigir llavors la ràbia principalment cap als qui l'intenten consolar.

3) Fase de desorganització i desesperança: durant aquesta fase és freqüent l'aparició de moments de desesperança i depressió.

4) Fase de reorganització: l'acceptació de la pèrdua comporta una redefinició de si mateix (minusvalidesa, nova situació civil, etc.) i de la seva situació. S'adona que acceptant les seves limitacions, exercint papers nous i adquirint noves habilitats és possible recuperar-se. S'integra la crisi a la seva vida per a formar part de la seva història vital.

En alguns casos, l'elaboració del dol no es porta adequadament, és llavors quan es parla de dol patològic. El dol patològic pot adoptar tres formes:

1) Dol crònic: la depressió és el símptoma predominant, juntament amb els autoretrets, accessos de còlera, ansietat i absència de la pena.

2) Absència d'aflicció: la persona malalta segueix la seva vida normalment, com si res no hagués passat, és freqüent que es desfaci de records, i que cudi compulsivament algú que ha tingut alguna pèrdua (identificació projectiva), posteriorment pateix algunes dolències físiques o psicològiques i cau en la depressió, coincidint amb algun aniversari, una altra pèrdua menor, etc.

3) Eufòria: es manifesta amb la negació de la pèrdua o amb l'alegria envers ella (defensa maníaca).

Com estem veient, és clar que els aspectes psicosocials tenen un paper important en el desenvolupament de la malaltia crònica. No s'ha de deixar en l'oblit la personalitat i l'estrès que la persona malalta manifesta en el desenvolupament de la malaltia.

3.1.1. Pèrdues que comporta la malaltia en l'edat adulta

La malaltia crònica en l'edat adulta comporta també una greu distorsió en la vida de la persona malalta i provoca una sèrie de pèrdues que repercuteixen sobre la seva àrea personal, familiar i social.

- **Àrea personal:** la persona malalta pot manifestar:
 - Malestar físic i emocional.
 - Canvis en els patrons de sexualitat.
 - Pèrdua de la independència.
 - Modificacions en l'escala de valors i filosofia de la vida.
 - Alteracions d'autoimatge.
 - Sentiment d'impotència i desesperança.
 - Por al que és desconegut.
 - Respostes depressives, de negació o d'agressivitat.
- **Àrea familiar:** es produeix una pèrdua de l'equilibri familiar, que es pot manifestar per:
 - Pèrdua del rol del malalt.
 - Canvis de rol dels altres membres de la família.
 - Separació de l'entorn familiar.
 - Problemes de comunicació en l'àmbit familiar.
- **Àrea social:** a l'àrea social poden sorgir problemes com:
 - Canvi o pèrdua d'estatus social per la pèrdua o la necessitat de canvi de feina.
 - Aïllament social.
 - Canvi en el nivell socioeconòmic familiar.
 - Canvi en la utilització del temps lliure.

3.1.2. Tipus de reaccions emocionals davant la malaltia

Depenent del tipus de malaltia, les persones poden reaccionar d'una manera o una altra. Davant malalties agudes, normalment el pacient pren actituds més positives o realistes; no obstant això, davant el diagnòstic i el coneixement d'una malaltia crònica o greu, les persones poden manifestar actituds disfuncionals, més rígides, poc realistes.

Mentre que el nen viu la malaltia amb extrema ansietat i l'adolescent amb ira i hostilitat, l'adult jove normalment tendeix a negar la malaltia, i també l'adult més gran sent por a la mort i a la incapacitat permanent.

Encara que es requereix una adaptació a la malaltia, aquest procés tindrà un valor variable, ja que, emocionalment, la malaltia, per a la persona que la pateix, pot representar una pèrdua, una amenaça, un càstig, un desafiament, i podrà manifestar (ja sigui de manera simultània, alternada o successiva) sentiments de: tristesa, por, culpa i vergonya, ràbia, desmoralització, entre els més comuns.

- **Tristesa:** generalment ocorre davant malalties cròniques i pot comportar que la persona malalta es desanimi, senti desesperança, aplanament vital.
- **Por:** com a conseqüència de la percepció de la mort o l'amenaça a la integritat física i social. Posem d'exemple la fase prèvia al diagnòstic d'un càncer o bé quan encara s'ignora el pronòstic d'una malaltia crònica invalidant i afloren la incertesa i l'ansietat.
- **Culpa i vergonya:** es poden donar quan la malaltia comporta una desfiguració, una pèrdua del control o d'inacceptabilitat social.
- **Ràbia:** davant el diagnòstic de la malaltia, la persona pot manifestar ràbia i frustració envers l'equip terapèutic, agressivitat cap als altres, mantenir un rol de víctima, buscar alternatives millors, hostilitat, mostrar-se irritable...
- **Desmoralització:** per a una persona malalta la desmoralització pot comportar que es rendeixi, que perdi l'autoestima com a conseqüència de sentir impotència, desemparament, confusió...

3.1.3. Mecanismes de defensa quan s'emmalalteix

Hi ha mecanismes de defensa que les persones poden manifestar davant el diagnòstic o pronòstic d'una malaltia.

- **Negació:** nega la realitat, la malaltia o alguns fets pertorbadors. És a dir, tracta d'eliminar tots els sentiments o pensaments desagradables.
- **Regressió:** el malalt retorna a etapes prèvies (antics patrons de conducta coneguts i segurs). I també, quan la malaltia implica limitacions en la seva activitat, adopta conductes infantils.
- **Regressió i supressió:** desvia el pensament, rebutja o no identifica les sensacions desagradables.

- **Desplaçament i projecció:** nega la malaltia i centra la culpa en els altres.
- **Intel·lectualització i racionalització:** utilitza diferents explicacions per convèncer-se a si mateix que no necessita preocupar-se.
- **Aïllament afectiu:** manifesta un control de si mateix excessiu.
- **Evasió:** evadeix el patiment i viu la malaltia com quelcom que no pot suportar.

No obstant això, aquests mecanismes permeten disminuir l'angoixa que sent la persona malalta si s'afronten de manera positiva, i li permeten adaptar-se a la malaltia.

3.1.4. L'afrontament de la malaltia

L'afrontament s'ha definit com aquelles estratègies que les persones utilitzen per reduir al mínim l'impacte negatiu que produeixen les situacions estressants sobre el seu benestar psicològic.

Lectura recomanada

F. Contreras; G. Esguerra; J. C. Espinosa; V. Gómez. *Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis*. Disponible a: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79810216>

No obstant això, els esforços d'afrontament poden ser saludables i constructius, o poden arribar a causar més problemes.

Aquestes definicions impliquen els recursos personals de l'individu per a manejar adequadament l'esdeveniment estressant (en aquest cas, la malaltia) i l'habilitat que té per a usar-los davant les diferents demandes de l'ambient que la seva condició implica.

L'afrontament inclou totes les accions dirigides a tolerar, minorar, acceptar o, fins i tot, ignorar aquells esdeveniments que no es poden controlar; l'estil d'afrontament adaptat dependrà de diversos factors, entre els quals es troben l'avaluació que l'individu fa sobre la seva malaltia, la disponibilitat de recursos i les experiències prèvies.

L'afrontament pot estar basat en l'emoció o en el problema.

1) Afrontament basat en l'emoció

Entre les estratègies dirigides a l'emoció hi ha els processos cognitius encarregats de disminuir el grau de trastorn emocional. Formen part d'aquest grup l'evitació, la minimització, el distanciament, l'atenció selectiva, les comparacions positives i l'extracció de valors positius davant els esdeveniments negatius.

En contraposició, també hi ha les estratègies dirigides a augmentar el grau de trastorn emocional, ja que alguns individus requereixen que això succeeixi per a encaminar-se a l'acció: les reavaluacions cognitives modifiquen la manera de viure la situació sense canviar-la objectivament i permeten atenuar l'amenaça de canviar el significat de la situació.

Així mateix, el fenomen de **distorsió de la realitat** és un tipus d'afrontament que s'empra per a conservar l'esperança i l'optimisme, per a negar tant allò ocorregut com la seva implicació, com si allò que ha ocorregut no tingués importància.

Finalment, l'estratègia d'evitació, per la seva banda, no constitueix un estil efectiu quan es prediuen més els símptomes de depressió, estats afectius negatius, menys suport social percebut i, a més, no protegeix els pacients del malestar psicològic i el distrès emocional, ja que s'associa amb nivells alts d'ansietat i depressió.

2) Afrontament basat en el problema

D'acord amb alguns estudis, constitueix una estratègia que afavoreix una adhesió adequada al tractament per a les persones que pateixen malalties cròniques, i afavoreix l'adaptació positiva davant la malaltia.

Una altra classificació inclou els **estils d'afrontament actius i passius**. Els primers es refereixen a aquells esforços fets pel pacient per continuar amb la seva vida malgrat el dolor. Aquest estil d'afrontament implica una confrontació adequada de les pròpies emocions i es troba relacionat amb un millor nivell de la funció immunitària, més benestar i estats afectius positius. Els estils passius impliquen una tendència a perdre el control sobre la situació i es passa a dependre dels altres; aquests estils s'han relacionat amb un augment en la severitat del dolor, depressió i elevada deterioració funcional.

Lògicament, un afrontament optimista, en el qual la persona malalta reconeix la realitat de la seva malaltia i se centra en els aspectes positius de la situació, es relaciona amb una millor salut mental que afavorirà significativament la seva qualitat de vida.

3.2. Aspectes psicosocials en l'àmbit familiar de la persona afectada de malaltia crònica en edat adulta

La família és la unitat bàsica de la societat al voltant de la qual es mouen tots els individus. És la font principal de suport social i personal de què poden disposar les persones.

Les persones que disposen d'un suport familiar efectiu lògicament suportaran millor la crisi per la qual estiguin passant arran del diagnòstic de la malaltia.

No obstant això, la malaltia d'un dels membres de la família ocasiona un greu traumatisme a la resta de membres de la unitat familiar, i és freqüent que aquests pateixin també confusió, angoixa, depressió i perquè, d'altra banda, han d'estar obligats a establir una reestructuració familiar important que comporti l'adjudicació de papers com ara en la distribució de les tasques diàries per fer.

En molts casos de matrimonis amb fills amb un dels progenitors malalt, representa per al cònjuge haver de suportar el dolor de veure la parella malalta conjuntament amb la càrrega de fer-se càrrec de la família i ajudar els fills en el dolorós tràngol. Així mateix, si un fill és suficientment gran, pot exercir un paper parental, que, malgrat ser adaptatiu en aquest moment, pot dificultar l'evolució de la seva autonomia.

Cal destacar que actituds sobreprotectores o abandonadores dels familiars dificultaran la recuperació del malalt, bé no deixant-li desenvolupar les activitats de les quals és capaç, o bé no brindant-li el suport necessari per a la recuperació gradual.

L'aspecte econòmic també pot ser una càrrega més. Si disminueixen els ingressos familiars perquè el pare malalt no pot treballar, o si han de contractar a algú per cuidar dels fills o fer les tasques domèstiques, etc., se sumaran nous problemes.

Entre altres problemes importants que poden sorgir dins de l'àmbit familiar de la persona malalta, hi ha l'aïllament social, produït perquè la família bolca totes les seves energies cap a dins i descuida el món exterior; de la mateixa manera la comunicació en el si familiar es pot veure alterada per la dificultat de parlar de les seves vivències per temor a ferir la persona malalta o els altres membres de la família. Davant aquesta actitud, en la fase crònica de la malaltia, tot això es pot arribar a cristal·litzar, i fer tornar rígides les relacions familiars.

En resum, ens trobem que en la família amb malalts crònics es poden donar tres tipus d'alteracions:

Lectura recomanada

A. Espina. *Abordaje ecosistémico de las crisis*. Disponible a: <https://bit.ly/2wHvKjI>

1) **Estructurals:** coalicions i exclusions, rigidesa, aïllament social, la vida familiar gira entorn del pacient, problemes d'esgotament del cuidador principal, etc.

2) **Processuals:** dificultar el desenvolupament evolutiu dels seus membres, no canviar els patrons de la fase de crisi quan es passa a la fase crònica.

3) **Resposta emocional:** sentiments de ràbia, ressentiment, culpa, impotència, etc., jutjats com a incompatibles amb el pacient i l'estabilitat familiar; conflictes amb el sistema mèdic. L'ajuda psicològica es pot veure com una acusació, i també els dols que cal fer.

Cal subratllar que, lògicament, les fases del dol també es donen en l'àmbit familiar a causa del sofriment que comporta la malaltia del familiar. I, per tant, és també molt important atendre aquest àmbit des del treball social sanitari – els seus aspectes psicosocials i socials– amb la finalitat que, simultàniament, la persona malalta disposi d'un suport familiar efectiu que l'ajudi a superar les crisis.

4. La intervenció en treball social sanitari en relació amb la malaltia crònica en l'edat adulta

Viure amb una malaltia crònica planteja nous reptes per a una persona. Aprendre a afrontar aquests reptes és un procés llarg, no és quelcom que s'aconsegueixi de la nit al dia. Però entendre el que li ocorre i participar activament en la cura de la seva salut ajudarà la persona malalta a afrontar aquests reptes. Adoptar un paper actiu en el tractament del seu problema de salut crònica representarà una ajuda que li permetrà sentir-se més forta i més preparada per a enfrontar-se a moltes dificultats i proves que li presentarà la vida.

4.1. La intervenció en treball social sanitari en relació amb la persona adulta des d'un model d'atenció individual i familiar

És per això que, utilitzant els recursos propis de la persona malalta i la seva família, des del treball social sanitari i a partir de procediments o protocols específics, s'estableix una relació terapèutica orientada a la cerca de la reconstrucció de les fortaleses internes i, per tant, encaminada a l'adaptació de la seva nova realitat, a causa dels desajustos psicosocials i socials que han aflorat arran de la malaltia. Es pretén que les persones siguin testimoni dels seus beneficis i de la recuperació que van aconseguint amb l'esforç i el treball. Si la persona i el seu entorn no guanyen consciència del que estan gestionant, dels canvis que estan aconseguint i dels quals són part activa, no es pot parlar pròpiament de treball social sanitari.

No obstant això, es parteix del fet que cada individu és únic i té els seus propis sentiments, emocions, necessitats, coneixements diferents, una manera personal d'afrontar-se a les situacions de crisi i, per tant, la intervenció del treball social sanitari ha d'estar enfocada des de l'atenció centrada en la persona i el seu àmbit familiar, s'ha d'establir un diagnòstic social sanitari i s'ha de desenvolupar un pla social sanitari, tots dos individualitzats.

La resposta del professional de treball social sanitari es dirigeix a tots els problemes i necessitats que sorgeixen de la presència de la malaltia o que en faciliten l'aparició, la propagació, les que sorgeixen de la pèrdua de l'autonomia que provoquen les seqüeles o les pors a aquestes seqüeles, i també se centra sobretot en els aspectes i factors positius de la persona malalta i del seu entorn. L'objectiu de la intervenció és el benestar de la persona malalta i, per tant, el benestar social.

Lectura recomanada

D. Colom. *Método de casework. Intervención individual*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya (UOC).

Per això, cal l'estudi del context en el qual es produeix la malaltia, des d'una visió biopsicosocial que connecti els sistemes somàtics, psicològics i relacionals:

1) **Tipus de malaltia, pronòstic i repercussions** en les diferents esferes de la vida (personal, familiar i social) de la persona adulta malalta.

2) **Vivència de la malaltia del pacient i la seva família:** s'han de valorar les circumstàncies de la vida en les quals ocorre la malaltia, moment del dol en què es troben, l'existència de l'ansietat, sentiments de desvaloració, d'estigmatització, hostilitat, temor a la malaltia i a les seves conseqüències, etc.

3) **Creences i valors personals i familiars:** la capacitat d'adaptació a la situació d'irreversibilitat en la qual es troba la persona malalta, i la intenció per fer-li front d'una manera activa i positiva. Aquestes capacitats o habilitats estaran en part determinades per les pròpies creences i valors personals sobre el que és important i el que és accessori per a la persona malalta (concepte de salut i benestar, bellesa, creença en una vida posterior que compensa els patiments actuals, etc.).

4) **Dificultats existents per a afrontar la malaltia:** falses creences, falta de suport familiar o social, aïllament social voluntari o involuntari, falta d'informació sobre la malaltia o les seves repercussions, situació de precarietat econòmica, viure en una situació geogràfica aïllada o allunyada dels centres d'assistència sanitària, rehabilitadores o de suport social, experiències familiars prèvies negatives en relació amb la malaltia, etc.

5) **Sistemes de suport dels quals disposa la persona malalta:** s'han de valorar els recursos de suport informal (família, amics, companys de feina, etc.) com el suport organitzat (pertinença a associacions, a grups d'autoajuda, suport d'altres professionals sanitaris, suport dels serveis socials, etc.). En relació amb això, cal destacar que la família és la font principal de suport en l'àmbit personal i social del qual pot disposar una persona malalta. Un sistema de suport familiar efectiu permet que la persona malalta suporti la crisi que pugui estar patint i, en contraposició, l'absència del suport familiar i social afavoreix la desmoralització, fins i tot en les malalties no tan greus.

La intervenció del professional de treball social sanitari, com veieu i com bé descriu Dolores Colom, s'haurà d'orientar envers dues dimensions; d'una banda, la malaltia, la dependència, el pronòstic mèdic i, de l'altra banda, la vivència de la persona malalta, de la seva família, la seva percepció de com la malaltia afectarà la seva continuïtat vital, les seves pors i les seves esperances. S'haurà de tenir en compte com la persona i la seva família senten aquesta nova realitat que comporta la malaltia, com la perceben i com s'hi situen, quins són els recursos propis de la persona i la seva família, i també valorar la necessitat de recursos formals per a complementar els propis.

Lectura recomanada

D. Colom. *La Planificación del Alta. Programa multidisciplinar para la coordinación sociosanitaria.*

Finalment, cal destacar que, en el moment d'establir la seva intervenció terapèutica, el treballador social sanitari haurà de tenir en compte la situació o fase en la qual es troben la persona malalta i la seva família davant la malaltia, ja que aquesta intervenció terapèutica serà diferent davant una situació de crisi, una fase crònica o una fase terminal de la malaltia.

4.2. La intervenció en el treball social sanitari davant la situació de crisi de la malaltia d'una persona adulta i la seva família

Generalment, una situació vital estressant es deu al següent (es pot donar una de les dues situacions o les dues juntes):

- **Informació nova:** la qual no pot ser processada adequadament amb els recursos usats habitualment, i obliga a improvisar per intentar afrontar la nova situació.
- **Excés d'informació:** que ens inunda i en dificulta el processament.

Arthur Kleinman, psiquiatre americà que, entre altres temes, ha escrit des d'una perspectiva social sobre l'experiència del dolor i la discapacitat, argumenta que s'ha de distingir entre l'experiència subjectiva (com es percep la malaltia i el malestar que produeix) i el comportament observable (es refereix a la malaltia i a les seves manifestacions). Discuteix que totes dues dimensions s'uneixen configurant una narració relacional, que fan que la malaltia sigui alguna cosa més que un mal funcionament de la persona malalta i s'articuli en un context relacional.

Hi ha diversos models d'intervenció en les crisis en contextos diferents. Pitman III (1990) va desenvolupar un model per a crisis familiars en el qual se segueixen 7 passos:

Lectura recomanada

A. Kleinman (1988). *Las narrativas de enfermedad: el sufrimiento, la curación y la condición humana.*

- 1) **Resposta d'emergència:** per a reduir la tensió i centrar-se en els canvis necessaris.
- 2) **Involucrar la família:** especialment a tots els qui haurien de canviar.
- 3) **Definir la crisi:** per què es dona en aquest moment, quin canvi es pot evitar i quin tipus de crisi és (de desenvolupament, deguda a un factor d'estrès circumstancial agut –p. ex., una pèrdua intempestiva–, estructural –en un sistema que evita un canvi i que cíclicament entra en crisi–, o del cuidador –quan el cuidador que evita el canvi no està disponible–).
- 4) **Prescripció general:** en la qual s'intenta mitigar la sensació d'urgència per a possibilitar el procés de canvi.
- 5) **Prescripció específica:** esbossant els canvis que se solen produir en la majoria dels casos semblants i prescrivint tasques.
- 6) **Vèncer resistències al canvi:** estudiar què s'evita i a qui, i en quin sentit perjudicaria el canvi.
- 7) **Terminació:** evitar que la situació es faci crònica .

En resum, els objectius per assolir per a la resolució de la crisi són:

- 1) Supervivència física en les conseqüències de les crisis.
- 2) Expressió de sentiments relacionats amb la crisi.
- 3) Domini cognoscitiu de l'experiència completa.
- 4) Adaptacions conductuals/interpersonals requerides per a la vida futura, integrant l'experiència de la crisi en la seva història vital.

És per això que les crisis han de ser avaluades en un context personal i social, i s'ha de dissenyar des del treball social sanitari una intervenció adequada i d'acord amb la persona malalta i el seu àmbit familiar.

El treballador social sanitari en la seva intervenció ha de tenir molt present el model evolutiu del sistema en crisi, la xarxa social de suport i les fonts d'estrès, per a entendre quines són les necessitats pròpies del sistema en un moment vital determinat, és a dir, quins factors estressants influeixen i de quins suports poden disposar (Espina, 1989).

Bàsicament, la funció del treballador social sanitari davant una situació de crisi es basarà a esmorteir l'ansietat de la persona malalta i de la seva família:

- **Establir una aliança terapèutica (primer contacte):** el treballador social sanitari ha d'oferir a la persona malalta i a la seva família un espai que

Lectura recomanada

A. Espina. *Abordaje ecosistémico de las crisis*. Disponible a: <https://bit.ly/2wHvKJI>

els permeti mostrar els seus sentiments, ja sigui de manera conjunta o per separat.

- **Oferint suport emocional:** la persona malalta i la seva família es trobaran tan perdudes i desbordades que el fet que el treballador social sanitari creï un clima de confiança, els ofereixi un espai d'escolta activa i els mostri empatia, tindrà una finalitat terapèutica.
- **Proporcionant informació sobre la malaltia:** la resolució de dubtes en relació amb el diagnòstic i el pronòstic (tractament, rehabilitació, etc.) també afavorirà la disminució de l'ansietat en la persona malalta i en la seva família.

En definitiva, els objectius d'aquest primer contacte terapèutic són que el pacient i la seva família se sentin escoltats, compresos, acceptats i amb suport, reduir la seva ansietat i reactivar les capacitats de solució de problemes.

Posteriorment, quan la fase de crisi hagi disminuït, el treballador social sanitari ha d'iniciar una primera valoració a escala psicossocial i social, amb la finalitat d'obtenir un diagnòstic social sanitari i poder acordar un pla d'intervenció que permeti fer un seguiment tant individualment com familiarment.

4.3. Intervenció en el treball social sanitari davant la fase crònica de la malaltia d'una persona adulta i la seva família

En la fase crònica de la malaltia s'ha de negociar la nova dinàmica familiar compatibilitzant la malaltia amb el projecte vital de la persona malalta i la seva família. Cal garantir un seguiment amb la finalitat de normalitzar les conductes i sentiments, poder mantenir l'esperança i afavorir la recuperació psicossocial i la reinserció social de la persona adulta malalta.

Els treballadors socials sanitaris d'atenció primària són els millor situats per a poder oferir-los una atenció integral i garantir-los aquest seguiment, que algunes vegades estarà derivat des de l'atenció especialitzada o altres institucions de l'àmbit sanitari o social (centres de salut mental, centres sociosanitaris, serveis socials, etc.).

5. Procediments en el treball social sanitari en relació amb l'atenció de la persona malalta en l'edat adulta i el seu àmbit familiar

Els procediments o protocols específics que el treballador social sanitari pugui establir en relació amb la millora psicosocial i social de les persones malaltes en l'edat adulta i les seves famílies s'han de desenvolupar des d'un enfocament biopsicosocial i fomentar una intervenció transversal.

Perquè un treballador social sanitari pugui elaborar un diagnòstic social sanitari adequat i pugui brindar un pla d'intervenció social sanitari que actuï sobre els punts febles que envolten la persona adulta malalta i la seva família, requereix els coneixements dels diferents professionals sanitaris que de manera íntegra atenen la persona malalta (metges, personal d'infermeria, psicòleg, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, etc.). Així mateix, per a obtenir un bon resultat del tractament social sanitari acordat juntament amb la persona malalta o la seva família, caldrà una intervenció transversal adequada amb els diferents professionals sanitaris i amb les diverses institucions socials que puguin participar a afavorir l'adaptació de la persona malalta a la seva nova realitat.

És a dir, els objectius dels diferents professionals sanitaris i socials que atenen la persona malalta han de ser comuns, entre ells hi ha d'haver un llenguatge comú i una coordinació que permetin establir una comunicació adequada. S'han d'evitar la duplicitat de les intervencions, la informació relativa a la malaltia s'ha d'aconseguir transmetre de manera clara i concisa a la persona malalta i a la seva família i, per tant, mitjançant el treball en equip és convenient oferir-los el suport necessari perquè puguin aconseguir el seu benestar físic, psicosocial i social.

Fem èmfasi en el fet que els procediments en el treball social sanitari s'han de consolidar des d'una intervenció proactiva, s'han de basar en una intervenció sistemàtica que tracti de manera preventiva les repercussions futures de les malalties de gran impacte o afectació psicosocial i social en les persones adultes i en el seu nucli familiar.

Així mateix, una avaluació d'aquests procediments en el treball social sanitari en relació amb els factors psicosocials i socials de les persones malaltes, en l'edat adulta en particular, com els desenvolupats en altres cicles vitals de les persones malaltes, permetrà millorar o establir nous criteris d'intervenció i divulgar els resultats amb la finalitat de donar a conèixer la intervenció del treball social sanitari a altres professionals, companys de professió d'altres institucions o a estudiants universitaris del grau de Treball Social.

Finalment, en referència a aquest aspecte exposem que, potser, des de l'àmbit sanitari i social no s'intervé suficientment en la prevenció i promoció de la salut de les persones malaltes en l'edat adulta. La falta de procediments relatius i de publicació d'estudis empírics així ho demostren.

Bibliografia

Colom, D. *Método de casework. Intervención individual.* Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya (UOC).

Colom, D. (2013). *La Planificación del alta. Programa multidisciplinar para la coordinación sociosanitaria.* Barcelona: Editorial UOC.

Contreras, F.; Esguerra, G.; Espinosa, J. C.; Gómez, V. *Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis.*

Espina, A. *Abordaje ecosistémico de las crisis.*

Kleinman, A (1988). *Las narrativas de enfermedad: el sufrimiento, la curación y la condición humana.*

Madrid, A. J.; Garcés de los Fayos, E. J. (2000). *La preparación para la jubilación: revisión de factores psicológicos y sociales que inciden en un mejor ajuste emocional al final del desempeño laboral.* Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/7946/1/La%20preparacion%20para%20la%20jubilacion.pdf>

